WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LISTOPAD—GRUDZIEŃ

ROK V 1933 NUMER 6

Dr. HECTOR SARAFIDI, Costanza (Rumunja).

ZAGADNIENIE PŁCI.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1933, Nr. 6).

Już od najdawniejszych czasów ludzkość interesowała się zagadnieniem płci, rodzice zastanawiali się nad pytaniem, czy zjawi się na świat chłopiec czy dziewczynka i czy istnieją sposoby świadomego zadziałania na płeć mającego się urodzić dziecka.

W czasach starożytnych dużą rolę przy przepowiadaniu płci odgrywali wróżbiarze; liczne są opisy tych przepowiedni i ich smutnych skutków, jeśli przepowiednie się nie sprawdzały. Zwłaszcza Egipcjanie zajmowali się rozpoznawaniem ciąży i przepowiadaniem płci. Ciążę rozpoznawano w następujący sposób: ziarna zboża i jęczmienia wkładano do dwóch naczyń z ziemią; kobieta z przypuszczalną ciążą oddawała codziennie mocz do tych dwóch naczyń. Jeżeli ziarna rozwijały się jednakowo — kobieta była w ciąży; jeżeli ziarna nie rozwijały się wcale — ciąży nie było.

Dla przepowiedzenia płci badano wpływ moczu na każde z ziaren oddzielnie: jeśli kiełkował jęczmień — urodzi się chłopiec, jeśli żyto — dziewczynka.

W talmudzie znajdujemy wskazówki omawiające sposoby postępowania dla urodzenia według woli chłopca lub dziewczynki. Te naiwne poglądy ludzi dawnych czasów nie powinny nas jednak dziwić. Historja nowoczesna daje nam jaskrawe przykłady takiej łatwowierności nawet w środowiskach wysoko postawionych. Np. na dworze cesarskim Mikołaja II zdobywa sobie łaski najwyższych sfer słynny szarlatan *Filip Vachod*, rodem z Lyonu, który przypisywał sobie zdolność nietylko przepowiadania płci mającego się urodzić dziecka, lecz wpłynięcia na nią według życzeń cesarza. Pomysłowy ten szarlatan potrafił przekonać dwór cara, że posiada moce transcedentalne medycyny hermetycznej, astromancji i psychurgji, które mu umożliwiają dowolne zmienianie płci płodu ludzkiego.

Przepowiadanie płci i warunki rodzenia się chłopców lub dziewcząt zajmowało nietylko wróżbitów i osoby bezpośrednio zainteresowane, lecz również i ludzi nauki. Poglądy Hippokratesa i jego szkoły o fizjologji zapłodnienia były przeważnie bardzo naiwne. W dziełach Empedoklesa z Agrygentu (Sycylja) znajdujemy wzmiankę, że życie wewnątrzmaciczne chłopców jest krótsze niż dziewcząt. Teorję tę znajdujemy również u Galena, który pisze na ten temat: *wszyscy badacze, nietylko Hippokrates, twierdzą, że chłopcy tworzą się i kształtują w czasie krótszym niż dziewczynki (Opera Galeni. Lipsiae, 1821, Vol. XV. 631).*

Dla sprawdzenia tej obserwacji filozofa z Agrygentu (483 — 422 przed Chr.) obliczyliśmy dokładnie, kiedy powinien był nastąpić w prawidłowych warunkach poród u 329 obserwowanych przez nas kobiet w ciąży.

Wyniki uwidacznia poniższa tablica:

	DNIE																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Chłopcy urodzeni	7	13	14	12	17	7	14	16	7	10	5	13	1	1	5	3	2	1	1	3	przed terminem uważanym za normalny
Chłopcy urodzeni				7	3	1	2	1	2	4	3	1		1				1			po terminie
Dziewczynki urodzone	7	3	5	5	3	2	7	2	2	2	4	5	1			1	3	1	1		przed terminem
Dziewczynki urodzone	1	6	9	9	3	7	7	5	4	5	1	3	2	3			1	2		3	po terminie

Urodzeni ściśle w terminie: chłopców 11, dziewcząt 8.

Przy układaniu tej tablicy uwzględnialiśmy tylko te kobiety, które były w stanie podać nam dokładnie datę ostatniego miesiączkowania przed zajściem w ciążę.

Ograniczyliśmy się do uwzględniania odchyleń od normalnego czasu trwania ciąży, nie przekraczających 20 dni.

Z tablicy naszej wynika, że 159 chłopców urodziło się na 1 — 20 dni przed terminem, uważanym za normalny, a 26 po terminie.

Co się zaś tyczy dziewcząt, to 54 przyszło na świat przed terminem a 71 po terminie.

W terminie ścisłym urodziło się 11 chłopców i 8 dziewcząt.

Urodzeń bliźniąt nie umieściliśmy w naszej statystyce z powodu niewielkiej ich liczby. Zresztą porody bliźniąt są przeważnie przedwczesne, gdyż wielka zawartość macicy zwykle przyspiesza poród.

Nie uważamy bynajmniej, aby nasza statystyka mogła w ostateczny sposób rozstrzygnąć omawiane zagadnienie; nie ulega jednakże wątpliwości, że znaczny odsetek chłopców rodzi się przed normalnym terminem i dość dużo dziewcząt po tym terminie. W każdym razie statystyka nasza potwierdza spostrzeżenia Empedoklesa z przed 2400 lat.

W ciągu długich wieków biologowie nie zajmowali się wcale zagadnieniem przepowiadania i warunków powstawania płci, gdyż sprawę tę uważano za wielką tajemnicę przyrody. Dopiero od połowy ubiegłego wieku uczeni zaczęli znowu zajmować się tą sprawą i usiłowali poznać ją dokładnie zapomocą stosowania ścisłych metod badania.

Na początku XIX wieku ukazuje się coraz więcej prac z tej dziedziny. W roku 1912 wypowiedziano pogląd, że odczyn Abderhaldena, który pozwala nam na rozpoznanie ciąży, umożliwi również i poznanie płci płodu. Prace *Selheima, Hirscha* i wielu innych uczonych wykazały jednakże, że odczyn Abderhaldena jest niepewny, gdyż wyniki są zmienne i odsetek trafnych rozpoznań płci waha się od 100 do 11%.

Zondek i *Aschheim* są zdania, że jedynie badanie hormonów we krwi będzie się mogło przyczynić do opracowania dokładnej metodyki. Wytwarzanie się określonej płci płodu wywołuje w ustroju ciężarnej kobiety odpowiednie odczyny w licznych narządach węwnątrzwydzielniczych.

Charcot spostrzegał przypadek choroby Basedowa podczas ciąży; również i druga ciąża nie wpłynęła wcale na przebieg choroby, dopiero podczas trzeciej ciąży, która zakończyła się poronieniem, pacjentka wyzdrowiała. *Leopold Levi,* który opisał to spostrzeżenie Charcot'a, zastanawia się, czy płeć płodu nie okazuje w takich przypadkach wpływu na czynność gruczołu tarczowego.

Również i nasze spostrzeżenia dowodzą, że płeć płodu nie jest bez wpływu na stan ogólny kobiet ciężarnych. Np. zaburzenia żołądkowe występują najczęściej w przypadkach ciąży heterogenicznych, przyczem objawy chorobowe nie ujawniają się u tych samych kobiet, gdy noszą one w swem łonie płód płci żeńskiej.

Z powyższych naszych krótkich rozważań wynika, że zagadnienie kształtowania się płci należy rozpatrywać z podwójnego punktu widzenia: biologicznego i klinicznego.

Pierwsi badacze pochodzenia płci starali się wytłumaczyć zjawisko różnicy płci czynnikami drugorzędnemi. Przypuszczano np. że w rodzaju ludzkim rodziciel starszy narzuca swą płeć i to tembardziej im różnica lat jest większa. Hipoteza zwana „prawem Lynta" uważa, że silniejszy z pośród rodziców przyczynia się do urodzenia się dziecka płci przeciwnej. Jeszcze inna hipoteza uważa, że pierwiastki w starszym wieku rodzą przeważnie chłopców; osobiste spostrzeżenia autora nietylko nie potwierdziły tego przypuszczenia, lecz dały wyniki wprost przeciwne, a mianowicie przewagę dziewcząt w miarę coraz starszego wieku matek-pierwiastek. Odnośna statystyka autora dotyczy 137 noworodków i wykazuje, że:

Matki	do 20-go	roku	urodziły	12	chłopców	8	dziewcząt
„	od 21 do 25	„	„	31	„	15	„
„	„ 26 do 30	„	„	21	„	25	„
„	„ 31 do 35	„	„	6	„	13	„
„	„ 36 do 40	„	„	2	„	3	„
„	w 43	„	„	—	„	1	„

Statystyki tego rodzaju nie mogą się jednak przyczynić do wyjaśnienia sprawy, gdyż wywiady zbierane w każdym poszczególnym przypadku wykazały, że kobiety te należą do różnych warstw społecznych, żyjących czasami w zasadniczo odmiennych warunkach: ubogiej kobiety pracującej nie można pod żadnym względem porównywać bez zastrzeżeń z kobietą żyjącą w mniejszym lub większym dobrobycie.

Mówi się również, że dawniej, gdy małżonkowie pobierali się w wieku młodszym, rodziło się więcej chłopców, a obecnie wobec coraz późniejszego wieku, w którym zawiera się małżeństwo, rodzi się więcej dziewcząt. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że obecnie rodzi się w Europie więcej chłopców niż dziewcząt: 105 na 100 (101 w Rosji, 113 w Grecji). Wszelkie hipotezy, opierające się na klimacie lub rasie, są zupełnie pozbawione podstaw (*H. Coupin*).

Przewaga narodzin chłopców nad narodzinami dziewcząt, obserwowana po wojnach, a zwłaszcza w Niemczech po wojnach napoleońskich, nie potwierdziła się po wojnie francusko-niemieckiej w r. 1870, ani w Japonji po wojnie rosyjsko-japońskiej. Natomiast po ostatniej wojnie znowu stwierdza się tę przewagę chłopców. Wśród uciekinierów z Galicji i Bukowiny urodziło się 314 chłopców i 245 dziewcząt. W Wiedniu w czasach przed wojną rodziło się 108 chłopców na 100 dziewcząt, a podczas wojny 140 chłopców na 100 dziewcząt.

Różnorodność wyników, ujawniająca się w badaniach narodzin po wojnach, zależy prawdopodobnie od tego, że aby wojna mogła wywrzeć swój wpływ na płeć noworodków, muszą do jej bezpośrednich cierpień dołączać się jeszcze inne czynniki, a zwłaszcza ograniczenia żywnościowe.

Również i częstość narodzin bliźniąt, która znacznie zwiększyła się podczas wojny we Francji, zależy, jak się zdaje, od tych samych zawiłych praw biologicznych. Osobiście spostrzegaliśmy to samo zjawisko w naszym kraju (w Rumunji), gdzie znacznie większa niż dawniej częstość narodzin bliźniąt trwała przez trzy lata po wojnie.

W każdym razie nadwyżka chłopców zmniejsza się stopniowo już od 150 lat i stosunek ilościowy obu płci okazuje wyraźną skłonność do wyrównania się w związku z poprawą warunków społecznych.

Zjawisko, że osłabienie ustroju męskiego przyczynia się do zwiększenia się ilości urodzin chłopców, można obserwować również i u zwierząt. *Curel* opisuje, że w stadach jeleni, w których jest niewielu samców, rodzą się z powodu wyczerpania płciowego tych samców przeważnie samce, jeżeli natomiast zachodzi stosunek odwrotny, to rodzi się większość samic.

Doświadczalnie możemy badać zależność płci od różnych czynników tylko u zwierząt, a szczególnie łatwo u owadów. Wiadomo, że pożywienie obfitujące w azot wytwarza znaczną ilość samiczek. Kijanki, którym dawano nadmiar pożywienia mieszanego, dały po swem przeobrażeniu 95% samiczek.

Analogicznie do świata zwierzęcego odbywa się kształtowanie się płci również i u ludzi: w społeczeństwach kulturalnych kobiety są liczniejsze i rozwój cywilizacji zmniejsza płodność ogólną.

Pictet wykazał, że karmiąc źle motyla „lymnandria dispar" otrzymuje się w pierwszem pokoleniu 54% samców i w drugiem 65%. Podając zaś tym owadom liście, któremi się zwykle żywią, osiąga się wynik przeciwny, czyli przewagę samiczek.

U zwierząt niższych możemy więc oddziaływać dowolnie na płeć przyszłego pokolenia. Niektóre owady nawet rozpoznają instynktownie płeć swego najbliższego pokolenia. Istnieją chrząszcze, które, gdy mają się urodzić samiczki, zbierają większe zapasy pożywienia, a gdy mają się urodzić samce, ograniczają te zapasy.

Jednakże na wyższych szczeblach biologicznych warunki determinacji płci nie są takie proste, gdyż pochodzenie określonej płci zależy od bardzo wielu czynników. Zalążek jednej lub drugiej płci może się wytwarzać w jajku, przed zapłodnieniem, podczas zapłodnienia lub nawet po zapłodnieniu (w każdym razie w bardzo krótkim czasie tego okresu).

Leopold Lévi pisze w tej sprawie: „Wiemy bardzo niewiele o „determinizmie płciowym", czyli o zespole warunków, okazujących wpływ na istoty żyjące, czy to przed zapłodnieniem, czy po zapłodnieniu, czy też podczas rozwoju i sprawiających, że przychodzi na świat samiec lub samica. Wydaje się, że dwa czynniki okazują wpływ na kształtowanie się płci: metabolizm jajka w postaci tkwiących w niem zasobów odżywczych lub czynność jąder komórkowych oraz dziedziczność płciowa, związana z pewnemi szczególnemi chromozomami, znanemi pod nazwą chromozomów płciowych.

W każdym razie jeden z dwóch istniejących czynników płciowych wreszcie przeważa i płeć kształtuje się w odpowiedni sposób. Od jakich własności rodzicielskich komórek płciowych zależy ta przewaga, nie wiemy; prawdopodobnie wchodzi tu w rachubę liczny szereg czynników, związanych, być może, z wiekiem jajka albo plemnika.

Niektórzy autorzy dopuszczają możliwości zmiany płci podczas ciąży w związku z czynnością gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Takie bardzo rzadkie przypadki obserwowano u bliźniąt o odmiennej płci przy ciąży dwułożyskowej z połączonemi łożyskami; zmiana płci polegała na wirilizacji płodu żeńskiego wskutek oddziaływania hormonów płodu męskiego przenikających do obu ustrojów. Ciało żółte jajnika matki, hamując działanie jajnika, ochrania płód przed hormonami matczynemi; takie same działanie ochronne może mieć również i łożysko, jeżeli nie przepuszcza hormonów (*Free Martin*).

Istnieje również hipoteza, że płód pozostaje przez pewien czas jakby międzypłciowy, zanim nie nastąpi rozstrzygający zwrot w kierunku określonej płci. *Maranon*, który badał szczegółowo zjawiska rozwoju płci, twierdzi, że wszystkie istoty żywe mają w swym zarodku międzypłciowość, która polega na współistnieniu obu płci. W toku dalszego rozwoju, u osobników normalnych rozwija

się jedna z dwojga płci, podczas gdy druga pozostaje zaledwie w postaci organicznych resztek i lekkich skłonności czynnościowych.

Zagadnienie determinizmu płciowego jest więc niesłychanie zawiłe. Biologja poucza nas, że dla stworzenia zarodka ludzkiego jeden z 24 chromozomów spermatocytu pierwszego rzędu nie podporządkowuje się ogólnemu prawu. Ten anormalny chromozom przenika do jednego ze spermatocytów drugiego rzędu w okresie redukcji. W ten sposób z połączenia chromozomów plemnika z chromozomami jajka wytwarzają się dwie komórki, jedna składająca się z 24 chromozomów i druga z 23 oraz z chromozomu anormalnego. Dwie te komórki rozmnażają się przez podział homeotypowy i łącząc się w jajku wytwarzają: pierwsza zarodek płci męskiej, druga zarodek płci żeńskiej.

Jajko nie posiada odmian alotropowych i dlatego nazywamy je homeozygotycznem, podczas gdy plemnik alotropowy nazywamy heterozygotycznym.

Obecnie, zapoznawszy się z omówionemi tu w krótkości faktami biologicznemi, postawimy sobie pytanie: czy jest możliwem płodzenie dowolnie wybranej płci?

Wiemy oddawna, że wydzielina pochwy bywa dwóch rodzajów: kwaśna (biała) i zasadowa (zielonawa). *Unterberger*, opierając się na swych 20-letnich doświadczeniach twierdzi, że plemniki mogą żyć tylko w środowisku zasadowem. Weterynarze, którzy znają szkodliwe własności kwaśnego odczynu pochwy, stosowali przepłókiwania zasadowe, aby umożliwić zapłodnienie niepłodnych klaczy. Postępując w sposób analogiczny i alkalizując pochwę kobiet uprzednio niepłodnych, umożliwia się zajście w ciążę: dzieci zrodzone w takich warunkach są przeważnie płci męskiej. Chemizm pochwy może okazywać wpływ na anormalny chromozom.

Grafenberg i *Jaschke* stwierdzili, że kwasota pochwy zwiększa się podczas miesiączkowania i na dwa lub trzy dni przed i po miesiączkowaniu; przez czas pozostały odczyn pochwy jest alkaliczny.

Nürnberg i *Siegel* stwierdzili podczas ostatniej wojny, że żołnierze urlopowani z frontu i przybywający do swych żon w czasie, gdy miały one swój okres lub bezpośrednio przed nim lub po nim, zostawali przeważnie ojcami dziewczynek, podczas gdy kobiety, do których mężowie przybywali w ich okresie międzymiesiączkowym, zwykle rodziły chłopców.

Nasze własne spostrzeżenia, oparte na piętnastoletniej obserwacji pierwiastek, które zachodziły w ciążę bezpośrednio po ślubie, zgadzają się ze spostrzeżeniami *Nürnberga* i *Siegla*. Jeżeli ślub odbywał się natychmiast po skończeniu miesiączkowania, to pierwszem dzieckiem była przeważnie dziewczynka; jeżeli zaś ślub odbywał się w tydzień lub dwa po skończeniu perjodu, to rodził się zwykle chłopiec.

Determinizm płci zależy więc od wielu czynników: odczynu pochwy, wydzielania wewnętrznego i dostatecznego lub upośledzonego odżywiania ustroju.

Schenck stwierdził, że wydzielanie związków azotowych w moczu kobiet ciężarnych jest inne, gdy ma się urodzić chłopiec i inne, gdy ma się urodzić

dziewczynka. Według *Schencka* wynikałoby z tego, że dla urodzenia dziecka pożądanej płci należy przed poczęciem i przez krótki czas po zajściu w ciążę podawać w pożywieniu odpowiednią ilość związków azotowych, określoną na podstawie obliczeń empirycznych, opartych na większym materjale.

Jacobson i *Regnault* są zdania, że płeć zależy od czynności nadnerczy, które mają w warunkach prawidłowych przyczyniać się do urodzenia dziecka płci męskiej. Wiadomo zresztą, że guzy nadnerczy wywołują u kobiet niezwykłe zmiany fizyczne i psychiczne, opisywane jako wirilizacja, czyli utrata cech kobiecych i nabycie cech męskich. Zauważono ponadto, że w przypadkach niedomogi nadnerczy podczas ciąży stwierdza się częstokroć niepowściągliwe wymioty, które ustępują pod wpływem podawania organopreparatów nadnerczy. W przypadkach takich przychodzą przeważnie na świat dziewczynki. (*Leopold Lévi*).

Robinson uważa, że większość badaczy jest zdania, iż istnieje pewien krótki okres „wahania", podczas którego płeć nie jest jeszcze ustalona; jeżeli odpowiednio interwenjować w tym właśnie czasie, to można otrzymać pożądaną płeć. Dotychczas nie udało się jednak poznać, na czem ta interwencja ma polegać, gdyż opinje autorów nie są pod tym względem jednolite. *Robinson*, wstrzykując adrenalinę królikom, sprawiał, że rodziło się więcej samców niż samic.

Dr. A. AUER, Klinika wewnętrzna w Karlsruhe.

NOVALGINA JAKO ŚRODEK PRZECIWGORĄCZKOWY I PRZECIWBÓLOWY.

(Referat według Ther. Ber. Tom III, Nr. 1).

Novalgina — czyli fenylo-dwumetylo-pyrazolono-metylo-amino-metano-sulfonian sodowy — przedstawia związek pośredni między Pyramidonem i Melubriną. Novalgina rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie. Można ją stosować doustnie, podskórnie, domięśniowo i dożylnie. W przeciwieństwie do wielu innych środków przeciwgorączkowych Novalgina nigdy nie wywołuje żadnych objawów toksycznych. Tolerancja Novalginy jest doskonała. Farmakologiczne działanie Novalginy polega na jej wpływie przeciwzapalnym, przeciwgorączkowym i przeciwbólowym. We wszystkich schorzeniach gorączko-

wych Novalgina wywołuje szybki spadek gorączki, zwykle wśród objawów umiarkowanego pocenie się. Przeciwgorączkowe działanie Novalginy trwa przez 5 — 8 godzin, lecz również i później gorączka nie powraca zwykle do swej dawnej wysokości. Wydaje się, że najodpowiedniejszem i najbardziej oszczędzającem stan chorego jest możliwie częste podawanie małych dawek (6—10 razy dziennie po 0,1 — 0,2 g). Nawet u dzieci z nawykowemi wymiotami Novalgina nigdy nie wywoływała jakichkolwiek zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Podskórne lub domięśniowe wstrzykiwania 1/4 — 1 g Novalginy w 50%-owym roztworze okazują takie same działanie lecznicze i objawowe jak stosowanie doustne. Jedynie bardzo rzadko chorzy odczuwali w miejscu wstrzyknięcia lekki i krótkotrwały ból; objawów podrażnienia tkanek nie spostrzegano ani razu. Przy wstrzykiwaniu dożylnem (1/4 — 1 g raz dziennie) gorączka opadała już po 1 — 2 godzinach, a po 4 — 5 godzinach znowu zaczynała się powoli podnosić. Również i dożylne wstrzykiwania nigdy nie wywoływały żadnych zaburzeń ze strony serca, nerek lub ośrodkowego układu nerwowego. Na uwagę zasługuje zwłaszcza często spostrzegana znaczna poprawa samopoczucia.

Autor leczył Novalginą ogółem 100 chorych cierpiących na gośćcowe zapalenie wielostawowe, zapalenie wsierdzia i osierdzia. W przypadkach zapaleń płuc i opłucnej oraz przy grypie Novalgina obniża gorączkę i działa jednocześnie jako środek napotny. Bardzo pomyślny wpływ okazywała Novalgina również i na przebieg duru brzusznego i róży: bóle głowy ustępowały i stan odurzenia zmniejszał się znacznie. W początkowych okresach gruźlicy, zwłaszcza u dzieci, dodatnie działanie Novalginy przejawiało się w ten sposób, że w okresach bezgorączkowych dzieci poprawiały się bardzo szybko. W przypadkach daleko posuniętych również i Novalgina okazywała się oczywiście bezsilna. W przypadkach zakażenia krwi Novalgina przyczyniała się do znacznej poprawy stanu podmiotowego chorych.

Novalgina łączy w sobie silne działanie przeciwgorączkowe z wybitnem działaniem przeciwbólowem. Działanie to występuje szczególnie wyraźnie zwłaszcza przy leczeniu bolesnych zapaleń wielostawowych. Częstokroć już w godzinę po wstrzyknięciu dożylnem stwierdzano wyraźne ustępowanie bólów w zajętych stawach, tak że można było znowu wykonywać zupełnie bez bólu ruchy czynne i bierne. Również i w zniekształcającem zapaleniu stawów i w rwie kulszowej Novalgina szybko i skutecznie uśmierza bardzo dokuczliwe bóle.

Na podstawie swych licznych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Novalgina przedstawia wysokowartościowy środek swoisty dla leczenia ostrego i przewlekłego zapalenia wielostawowego, przy którem wyróżnia się swem silnem działaniem zarówno przeciwgorączkowem jak i przeciwbólowem.

Podobnie pomyślnem okazuje się działanie przeciwbólowe Novalginy również i w rwie kulszowej i reumatyzmie mięśniowym.

Dr. E. MARX, Rotterdam.

BADANIA NAD DZIAŁANIEM PANTOCAINY.

(Referat według Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1932, tom 89.

W ostatnich latach udało się wytworzyć syntetycznie szereg nowych środków dla znieczulania powierzchownego, które pod niektóremi względami mają jakoby przewyższać kokainę. Żaden jednak z dotychczas istniejących preparatów nie okazał się w stanie wyprzeć zupełnie kokainę i uczynić ją zbyteczną. Wobec tego, że Pantocaina okazała się lekiem bardziej wartościowym niż inne poprzednio już znane namiastki kokainy, autor zajął się zbadaniem klinicznem tego przetworu i doszedł do następujących wniosków:

1. Bolesność przy wkraplaniu 1%-owego roztworu Pantocainy do oka jest u większości osób nieco mniejsza niż bolesność przy wkraplaniu 5%-owego roztworu kokainy.

2. Już 1 kropla 1%-owego roztworu Pantocainy przeważnie rozszerza nieco naczynia krwionośne spojówek. Bardzo silnego zaczerwienienia łącznic autor jednak nie spostrzegał.

3. Po wpuszczeniu 1 kropli 1%-owego roztworu Pantocainy nigdy nie dochodziło do rozszerzenia źrenic. Jeżeli natomiast wpuszczać 6 razy po 1 kropli co 3 minuty, to u wielu osób, a zwłaszcza u młodszych, źrenice rozszerzają się o $^1/_2$ — 2 mm. Rozszerzenie to jest znacznie słabsze niż przy kokainie. W praktyce to nieznaczne rozszerzenie źrenic pod wpływem Pantocainy nie okazywało działania ujemnego, jakie spostrzega się np. czasami po wkropleniu kokainy chorym dotkniętym jaskrą, u których źrenice rozszerzają się do tego stopnia, że następnie nie udaje się ich już zwęzić zapomocą żadnego środka.

Wpuszczanie 1—5 kropel 1%-owego roztworu Pantocainy nie wywołuje żadnych zmian w akomodacji. Autor ani razu nie stwierdził występowania pod wpływem Pantocainy plamek barwnikowych w przedniej komorze oka.

4. Wpływ Pantocainy na ciśnienie oczne badano u pewnej chorej, której usunięto zwój Gassera. Wobec tego, że takie oko jest niewrażliwe, można z początku określić ciśnienie bez zastosowania środka znieczulającego, a następnie po raz drugi, po kilkakrotnem wkropleniu Pantocainy. Oba badania ciśnienia dały jednakowe wyniki, co dowodzi że Pantocaina nie zwiększa ciśnienia ocznego.

5. Po wpuszczeniu jednej kropli 1%-owej Pantocainy nie stwierdza się zwykle żadnych wyraźniejszych zmian na rogówce. U niektórych pacjentów można było zapomocą lampy szczelinowej rozpoznać znane oznaki wysychania, występujące na rogówce oka, do którego wkroplono Pantocainę, w sposób wyraźniejszy niż na oku nietkniętym; zdarza się to jednak nie u wszystkich osób. Obserwowano również i szare plamki na nabłonku i nawet w najbardziej powierzchownych warstwach miąższu. Zmiany takie w nabłonku rogówki może jednak wywoływać każdy środek znieczulający. Po sześciokrotnem wkraplaniu co 3 minuty 1%-owej Pantocainy objawy wysychania mogą się nasilić; jednocześnie stwierdza się czasami niewielką zdolność zabarwiania się rogówki czerwienią bengalską. Objawy te znikały bardzo szybko i nigdy nie przeszkadzały podczas operacji. Jedna jedyna kropla 5%-owego roztworu Pantocainy wywołuje natychmiast stosunkowo mocne zmętnienie rogówki, zwłaszcza warstwy nabłonkowej, która bardzo szybko wysycha i zabarwia się mocno czerwienią bengalską. Następnego dnia zarówno zmętnienie jak i wszelkie inne zmiany rogówki cofają się bez śladu.

6. Ani razu, nawet po zastosowaniu większych dawek, nie spostrzegano żadnych objawów toksycznego działania Pantocainy, wpuszczonej do worka spojówkowego.

7. Pantocainę można łatwo wyjaławiać przez gotowanie ; własności znieczulające preparatu nie ulegają przytem żadnym zmianom.

8. Badania porównawcze (wkraplanie roztworu do oka u 25 osób) nad działaniem Pantocainy i innych miejscowych środków znieczulających wykazały, że zdolności znieczulające Pantocainy są znacznie silniejsze niż innych preparatów. Czas trwania znieczulenia zapomocą 1%-owego roztworu Pantocainy jest tak samo długi jak zapomocą 2%-owej kokainy, głębokość znieczulenia jest natomiast znacznie większa. Już ta okoliczność wystarcza, aby stosować ten preparat w praktyce; lecz i inne wyżej wymienione własności Pantocainy przemawiają na jej korzyść, jako doskonałego środka znieczulającego. Autor stosuje Pantocainę już przeszło od roku; początkowo korzystał z niej przy mniejszych powierzchownych zabiegach (tonometrja, ciała obce i t. d.), a następnie również i przy operacjach ocznych. Okazało się przytem, że działanie znieczulające 1%-owego roztworu Pantocainy wystarczało dla wszystkich zabiegów (usunięcie zaćmy, iridectomja, trepanacje i t. d.)

Rozszerzenie źrenic pozostaje, jak już zaznaczyliśmy, w umiarkowanych granicach. Wysychanie rogówki nigdy nie doprowadzało do żadnych powikłań. Rozszerzenie źrenic i wysychanie rogówki nie są coprawda, objawami pożądanemi, lecz występują one jednak słabiej niż przy kokainie. Zwykle do 10 cm^3 1%-owego roztworu Pantocainy dodaje się 4 krople Suprareniny (1 : 1000).

Pantocaina okazała się bardzo skuteczną również i przy znieczulaniu infiltracyjnem. Stosuje się ją wówczas w rozcieńczeniu 1 : 1000 z dodatkiem jednej kropli Suprareniny (1 : 1000) na 1 cm^3. Zapomocą tego roztworu (do 20 cm^3) osiągano akinezję przy operacjach zaćmy. Infiltracja pantocainowa całkowicie znosiła wrażliwość przy wszelkich zabiegach. Znieczulenie wystarczało w zupełności. Żadnych zaburzeń miejscowych (krwawienia, martwica, powolne gojenie się) ani ogólnych nigdy nie spostrzegano.

Doc. dr. E. PHILIPP i doc. dr. W. RICHTER, Klinika Położnicza Uniw. Berlińskiego.

POSTĘPY W ZWALCZANIU KIŁY MATKI I DZIECKA.

(Referat według Fortschr. Ther. 1932, Nr. 20).

Autorzy zdają sprawę z wyników swej ośmioletniej pracy nad zagadnieniem zwalczania kiły matki i dziecka. Spostrzeżenia autorów opierają się na ścisłej współpracy położnika, dermatologa i higjenisty. Leczenie ciężarnych, zakażonych kiłą, przeprowadzano przy uwzględnianiu zwykłych przeciwwskazań w sposób następujący: chora otrzymywała 10 wstrzykiwań Neosalvarsanu po 0,3 g w odstępach co 3 — 4 dni, a następnie 15 wstrzykiwań bizmutu co 2 — 3 dni. Jeżeli to było możliwe, to po krótkiej przerwie albo nawet natychmiast, w zależności od czasu, jaki minął od zakażenia i od ostatniego przed ciążą leczenia, przeprowadzano taką samą kurację aż do ukończenia ciąży. Po urodzeniu dziecka leczono matkę według zasadniczych przepisów leczenia kiły. Ani razu nie spostrzegano poronień lub jakichkolwiek powikłań, zmian nerkowych i t. d.

Co się tyczy wskazań do zapoczątkowania leczenia swoistego u ciężarnych kobiet, to przy dodatnim odczynie Wassermanna przeprowadzano leczenie

swoiste w powyższy sposób aż do 9-go miesiąca ciąży, zupełnie niezależnie od objawów klinicznych i nawet przy ujemnych wywiadach. Przy dodatnim wyniku odczynów surowiczych w 10-ym miesiącu postępowano w sposób wyczekujący, gdyż w tym okresie ciąży dodatni wynik odczynów surowiczych może być czasem nieswoisty. Ponadto rozpoczęcie leczenia w tak późnym okresie ciąży daje dla dziecka tak małe i wątpliwe widoki skuteczności kuracji, że w przypadkach niewyraźnych — o ile, oczywiście, nawet w wywiadach nie znajdujemy żadnych dowodów kiły — wydaje się niewskazanem dawać noworodkowi pieczęć, nieistniejącego może, zakażenia kiłowego.

Przy ujemnym wyniku odczynów surowiczych aż do końca ciąży, należy w wywiadach poszukiwać danych przemawiających za kiłą (niedawne zakażenia męża i t. d.). Przy uzasadnionem podejrzeniu kiły niezbędnem jest przeprowadzenie nieprzerwanego leczenia swoistego. Leczenie to należy przeprowadzać również i wówczas, jeżeli ciężarna była przed ciążą dostatecznie leczona według panujących obecnie przepisów. Trzy przykłady dowodzą, jak słusznem jest powyższe zapatrywanie.

Trzy kobiety w pierwszych miesiącach ciąży zwracają się do lekarzy z prośbą o poradę, zaznaczając przytem z naciskiem, że przebyły zakażenie kiłowe. Na podstawie ujemnego wyniku odczynów serologicznych oraz odbytych dawniej, dostatecznych jakoby kuracyj, nie uznano za wskazane przeprowadzić podczas ciąży leczenie swoiste. U wszystkich trojga dzieci stwierdzono zaraz po urodzeniu albo nieco później typowe oznaki kiły.

Przy ustalaniu wskazań dla leczenia dzieci należy uwzględniać, jak dawno uległa matka zakażeniu, czy przeprowadzano dostateczne leczenie matki już od samego początku ciąży i ile kuracyj przeprowadzono przed ciążą. W przypadkach, gdy zakażenie matki miało miejsce już dawno i gdy przeprowadzono staranne leczenie podczas ciąży, ograniczano się tylko do obserwacji dzieci. W przypadkach dawnego zakażenia matki i dostatecznego w swoim czasie leczenia, lecz nieprowadzenia kuracji podczas ciąży, autorzy przy braku jakichkolwiek objawów kiłowych u dzieci zadawalniali się zastosowaniem leczenia zapobiegawczego zapomocą Spirocidu, poczem ograniczali się tylko do dalszej obserwacji dzieci. W ten sam sposób postępowano w przypadkach, w których zakażenie matki miało miejsce podczas ciąży, jeżeli od samego początku przeprowadzono dostateczne leczenie.

Jeżeli leczenie dopiero rozpoczęto po szóstym miesiącu ciąży, a zwłaszcza jeżeli zakażenie matki nastąpiło podczas ciąży lub krótko przed ciążą, to matkę i dziecko nadal leczono wspólnie, niezależnie od tego, czy przy narodzeniu dziecka stwierdzono u niego jakiekolwiek oznaki kiły. Należy przytem badać zwłaszcza pępowinę i jej żylną krew. W przypadkach, w których uznano za wskazane jednoczesne leczenie matki i dziecka, podawano dziecku domięśniowo jedną kreskę dawki Neosalvarsanu przeznaczonej dla matki; w ten sam sposób przeprowadzano następnie również i leczenie bizmutowe. W podobny sposób postępowano z dziećmi, które wykazywały przy porodzie oznaki istniejącej kiły. Jeżeli z jakichkolwiek powodów nie można było prze-

prowadzić wspólnego leczenia matki i dziecka, to wstrzykiwano dziecku domięśniowo tyle centigramów Neosalvarsanu, ile kilogramów dziecko ważyło, a następnie dokonywano 15 wstrzykiwań bizmutu po 0,1 cm³. Przy powtarzaniu kuracji u dziecka kierowano się temi samemi zasadami, które obowiązują przy leczeniu kiły u dorosłych.

Krętki blade przechodzą z krążenia matki do krążenia płodu dopiero w 4-ym lub 5-ym miesiącu. Jeżeli zapomocą energicznego leczenia uda się do tego czasu zniszczyć znajdujące się w krwiobiegu matki zarazki i jeżeli zapomocą dalszych nieprzerywanych zabiegów leczniczych podczas całego trwania ciąży również i zarazki, któreby ew. później przedostały się do krążenia matczynego, zostawały natychmiast unieszkodliwiane, to dziecko pozostaje zdrowe. Jeżeli natomiast po zakończeniu ciąży przerywa się leczenie matki na czas dłuższy, to krętki, które zdołały się uratować podczas poprzednich kuracyj, mogą przeniknąć z głębi ustroju do krążenia krwi i przy nieprzestrzeganiu dostatecznej ostrożności doprowadzić do zakażenia dziecka. Wynika z tego również i nasze postępowanie odnośnie do karmienia dziecka przez dotkniętą kiłą matkę. Zasadniczo uważamy za niedopuszczalne karmienie przez matkę niemowlęcia, co do którego, ze względu na staranne leczenie matki podczas ciąży, można przypuszczać, że krętki nie przedostały się do jego krążenia, które więc można uważać za zdrowe. Autorzy leczyli według podanych powyżej przepisów 53 kobiety ciężarne; we wszystkich tych przypadkach energiczne kuracje przeciwkiłowe rozpoczęto przed piątym miesiącem ciąży; wyniki takiego postępowania okazały się znakomite, gdyż, jak dowiodły badania kontrolne, ani jedno dziecko nie wykazało żadnych objawów kiły.

Jedno dziecko zmarło podczas porodu, jednak zupełnie bez oznak kiłowych. Z pośród 52 żyjących dzieci, tylko 9 obserwowano przez czas krótszy niż 6 miesięcy, pozostałe zaś przez czas znacznie dłuższy: 1 przez 8 lat, 2 przez 7 lat, 5 przez 5 lat, 5 przez 4 lata, 6 przez 3 lata, 7 przez 2 lata a pozostałe conajmniej przez rok.

Jeżeli rozpoczynamy leczenie ciężarnej, zakażonej kiłą dopiero w drugiej połowie ciąży, to rokowanie dla dziecka jest tem gorsze, im później się przystępuje do kuracji. Z pośród 92 dzieci należących do tej grupy, 35 jest dotychczas zdrowych a u 57 wystąpiły prędzej lub później objawy kiły. Znaczny odsetek chorych dzieci przemawia dobitnie za koniecznością przeprowadzania podczas ciąży odpowiedniego leczenia swoistego. W licznych przypadkach stwierdzono istnienie zakażenia kiłowego u kobiet jedynie przypadkowo, np. w związku z porodem kiłowego dziecka lub na podstawie badania krwi, dokonanego w poradni dla ciężarnych. Conajmniej w 40% wszystkich przypadków kiły u kobiet zakażenie ma charakter utajony. Wynika z tego ważne prawidło dla skutecznego zwalczania kiły wrodzonej, a mianowicie, że wszystkie kobiety powinny być dokładnie badane już w możliwie wczesnych okresach ciąży. Należy przytem zwracać baczną uwagę również i na wywiady i na stan zdrowia męża. Przy najmniejszem uzasadnionem podejrzeniu o możliwości zakażenia

kiłowego należy — bez względu na ew. ujemny wynik odczynów serologicznych — przeprowadzić podczas ciąży ciągłe leczenie swoiste. Rozpoznanie kiły i wdrożenie kuracji swoistej już we wczesnych okresach ciąży jest jednak niestety ciągle jeszcze rzeczą bardzo trudną, gdyż ciężarne zwracają się o poradę do klinik przeważnie pod koniec ciąży. Należałoby przeprowadzić wśród ludności zakrojoną na szeroką skalę propagandę, aby kobieta już na samym początku ciąży zgłaszała się do odpowiednich zakładów, gdzieby mogła być dokładnie zbadana. W związku z tem należałoby również uświadamiać wszystkich zakażonych kiłą mężczyzn i kobiety, że kobiety dotknięte kiłą powinny z chwilą zajścia w ciążę natychmiast poddać się energicznej kuracji przeciwkiłowej.

Dr. D. HACHENBURG, Szpital Powiatowy w Uchtspringe.

W SPRAWIE WPŁYWU VIGANTOLU NA GOJENIE SIĘ ZŁAMAŃ KOŚCI.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1932, nr. 50).

Vigantol okazuje, jak wiadomo, pomyślny wpływ leczniczy nietylko na krzywicę, lecz również i na szereg innych schorzeń kostnych. *Plath* (Dtsch. med. Wschr. 1929, Nr. 45) opisuje poprawę gruźliczych spraw kostnych pod wpływem podawania Vigantolu. *Becker* (Dtsch. med. Wschr. 1930, Nr. 24) osiągnął zapomocą Vigantolu szybsze i lepsze bliznowacenie gruźliczych zmian płucnych. *Dietrich* (Virchows Arch. Tom 275) omawia poprawę w przypadkach Osteogenesis imperfecta. Znakomitem jest przeważnie działanie lecznicze Vigantolu przy rozmiękczeniu kości (*Starlinger:* Dtsch. med. Wschr. 1927, Nr. 37; *Goldstein:* Wien. Klin. Wschr. 1929, Nr. 7). Spostrzeżenia te nasunęły myśl zbadania wpływu Vigantolu na przebieg gojenia się złamań kostnych. Wyniki w tej dziedzinie nie okazały się jednomyślne. Autor opisuje przypadek złamania kości ze złem wytwarzaniem się kostniny, w którym Vigantol wpłynął bardzo pomyślnie na przebieg sprawy chorobowej.

C. M., lat 15, przebywa w szpitalu z powodu padaczki i znacznego niedorozwoju umysłowego. 17.II.32 chora uległa typowemu skośnemu złamaniu prawej kości udowej na granicy górnej i środkowej trzeciej części. Rentgenologicznie stwierdza się daleko posunięte odwapnienie całej kości udowej z rozrzedzeniem substancji gąbczastej; warstwa zbita bardzo ścieńczała, rozwój ogólny kośćca znacznie zahamowany w rozwoju. Opatrunek gipsowy. W czwar-

tym tygodniu dwa razy dziennie po trzy krople Vigantolu + 1,0 Calcii chlorati (w roztworze) doustnie. Po zdjęciu opatrunku stwierdzono, że trzeszczenie w miejscu złamania i ruchomość odłamków pozostały bez zmiany i że nie było żadnych oznak wytwarzania się kostniny. Kończynę umieszczono bez opatrunku między workami z piaskiem. Pozatem chora od 17.III. do 28.IV. otrzymywała codziennie 2 × 5 kropel Vigantolu lub 2 × 1 drażetkę Vigantolu + 1,0 Calcii chlorati. Odstawienie leków z powodu wymiotów. Następnie od 2.V. do 10.V. znowu ta sama dawka Vigantolu i 3,0 Calcii chlorati. Znowu niewielkie wymioty, zależne prawdopodobnie od długotrwałego podawania wapnia.

Po upływie dwóch tygodni przesuwalność wzdłuż osi długiej była już nieco mniejsza i jednocześnie stwierdzono pierwsze oznaki tworzenia się ruchomej jeszcze kostniny. Obraz rentgenowski wykazał między końcami i poza niemi wyraźną, coprawda jeszcze słabo uwapnioną kostninę. Po dalszych pięciu tygodniach stałego podawania Vigantolu i wapnia kostnina utrwaliła się i stwardniała. Wówczas przystąpiono do prób obciążenia i po siedmiu tygodniach pacjentka była już w stanie, korzystając z niewielkiego jedynie oparcia, chodzić zupełnie tak samo jak przed wypadkiem. Po 4 ½ miesiącach od dnia złamania zdjęcie kontrolne wykazało, że poprzednio jedynie zaznaczone wytwarzanie się kostniny zamieniło się w dobrze zwapniały, mocny most między odłamkami kości. Zwracała przytem na siebie uwagę znacznie obfitsza zawartość wapnia w kostninie w porównaniu z pozostałym zanikowym układem kostnym.

W innym przypadku złamania kości udowej u pewnego 16-letniego, fizycznie prawidłowo rozwiniętego psychopaty, leczenie vigantolowo-wapniowe przyczyniło się do wytworzenia się już w ciągu 24 dni tak mocnej kostniny, że można było zaniechać dalszego stosowania wyciągu.

Spostrzeżenia autora potwierdziły więc dane z piśmiennictwa, że leczenie vigantolowo-wapniowe skraca normalny czas gojenia się złamań kości i wpływa nadzwyczaj pomyślnie na wszelkie zaburzenia prawidłowego przebiegu zrastania się. Zamiast chlorku wapnia, który czasami bywa źle przez pacjentów znoszony, można również podawać jakikolwiek inny obojętny preparat wapniowy.

Dr. FRANCESCO DE ROSA, Bormida — Savona (Włochy).

LECZENIE ŚWIERZBU.

(Referat według Rev. des Progrès Thérap., tom IV, Nr. 6).

Autor podaje wyniki leczenia świerzbu Mitigalem, który należy według niego uważać za najskuteczniejszy środek przeciwświerzbowy. Działanie lecznicze Mitigalu jest bardzo szybkie, posiada on właściwość uśmierzania swędzenia i cechuje się doskonałą tolerancją.

Leczenie świerzbu interesuje nietylko specjalistów-dermatologów, lecz również i ogół lekarzy prowincjonalnych, a zwłaszcza wiejskich, gdyż w mniejszych skupieniach ludności świerzb, wskutek złych warunków higjenicznych i niedostatecznej opieki sanitarnej, ciągle jeszcze jest chorobą bardzo rozpowszechnioną. Prawie wszystkie leki przeciwświerzbowe zawierają jako główny składnik czynny siarkę. Dotychczasowe preparaty przeciwświerzbowe jak np. maść Wilkinsona miały jednak wiele cech ujemnych: niszczyły one

bieliznę, posiadały mocny i nieprzyjemny zapach i wymagały uprzedniego natarcia skóry mydłem potasowem i gorącej kąpieli (dla ułatwienia przenikania siarki znajdującej się w połączeniu z związkami tłuszczowemi). Leki te niezawsze okazywały się skuteczne i nie znalazły szerszego zastosowania w klinikach i szpitalach. Stosowanie zaś ich w praktyce prywatnej było bardzo przykre i niewygodne.

Wprowadzenie Mitigalu do lecznictwa świerzbu stanowiło niewątpliwie znaczny postęp. Z chemicznego punktu widzenia jest to dwusiarczek dwumetylo-dwufenylu. Mitigal przedstawia związek lepkopłynny, złocisto-żółtego koloru i zawiera 25% siarki w połączeniu organicznem. Liczni autorzy, którzy badali działanie przeciwświerzbowe Mitigalu (*Forconi*, *Pranter*, *Bussalai*, *Planner*, *Tiefenbrunner*, *Ciulla*, *Engel* i inni) nazywają go wprost „lekiem idealnym".

Autor stosował Mitigal zawsze w ciągu trzech kolejnych wieczorów, przyczem przed użyciem zalecał go zlekka nagrzewać przez umieszczenie w ciepłej wodzie. Autor uważa za wskazane, aby chory przed pierwszem wcieraniem wziął gorącą kąpiel.

Jako przykłady pomyślnego działania leczniczego Mitigalu autor przytacza dwie następujące historje choroby:

1. V. Albino z Bormidy, lat 28. Chory skarży się, że od 15 dni dokucza mu nadzwyczaj silne swędzenie, które zaczęło się od rąk, a następnie objęło stopniowo całe ciało. Chory zwrócił się o poradę do aptekarza, który słusznie rozpoznał świerzb i dał mu maść Helmericha, zalecając mocno wytrzeć skórę twardą szczotką przed smarowaniem. Kuracja powyższa jednak zawiodła zupełnie i stan chorego nawet się pogorszył. Wobec tego pacjent zwrócił się do lekarza.

Przy badaniu stwierdza się: chory bardzo przygnębiony i zdenerwowany wskutek uporczywego swędzenia, które mu dokucza szczególnie silnie zwłaszcza w nocy i nie pozwala zasnąć prawie ani na chwilę. Skóra mocno zaczerwieniona wskutek nacierań, galerje świerzbowcowe wyraźnie widoczne, prawie czarne, zwłaszcza w przestrzeniach międzypalcowych, w okolicy napięstka dłoniowego, na przedniej powierzchni pachy, w okolicy pasa, członka, na kolanach i stronie grzbietowej stóp. Pozatem stwierdza się rozsiane pęcherzyki pryszczycy pospolitej, ropne zmiany skórne, wykwity rumieniowe i pokrzywkowe oraz bardzo liczne otarcia naskórka wskutek drapania, jednem słowem typowy obraz świerzbu zadawnionego.

Chory otrzymał wcierania Mitigalu; oprócz tego zastosowano pastę Lassara. Stan chorego poprawił się nadzwyczaj szybko i w ciągu 5 dni pacjent został zupełnie wyleczony.

2. N. Rina, dziecko piętnastomiesięczne, z Bormidy. Na stronie zginaczy stawów dłoni w okolicy stawów łokciowych, pod pachami i w okolicy pępkowej pęcherzyki ropnej pryszczycy (wtórne zakażenie ropne wskutek drapania), krwiste strupy i rozsiane ogniska ropne; skóra dość delikatna, w stanie znacznego zapalenia.

Zastosowano leczenie Mitigalem. Dziewczynka otrzymała 4 wcierania; pozatem tylko obojętne pudrowanie oraz kąpiel. Po 4 dniach zupełne wyleczenie.

Na podstawie swych własnych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Mitigal przedstawia istotnie nadzwyczaj wartościowy lek przeciwświerzbowy, gdyż działanie jego jest szybkie i pewne, a tolerancja doskonała. Mitigal wpływa ponadto uśmierzająco na swędzenie i z tego względu można go z po-

wodzeniem stosować we wszystkich przypadkach podrażnienia skóry, przy pokrzywce i przy przewlekłem swędzeniu (*Pranter, Schreus, Engel, Rothe*). Mitigal nie okazuje żadnego wpływu drażniącego lub toksycznego na skórę lub nerki i można go stosować bez żadnych zastrzeżeń również i u dzieci i niemowląt. Mitigal nie posiada przykrego zapachu; stosowanie go jest wygodne i łatwe; pozatem nie brudzi ani nie niszczy bielizny, z którą się styka. Działanie Mitigalu jest trwałe, gdyż starannie wtarty zabija wszystkie świerzbowce. Zdarzające się czasem nawroty należy uważać (*Cuilla*) za powtórne zakażenia wskutek niedostatecznego oczyszczenia bielizny lub łóżka. Osobiście autor ani razu nie spostrzegał po leczeniu Mitigalem nawrotu choroby.

Dr. FR. KEIENBURG, Blankenburg w Turyngji.

O NOWYM ŚRODKU NASENNYM EVIPANIE.

(Referat według Fortschr. Ther. 1933, z. 1).

Autor wypróbował Evipan u 80 pacjentów z lżejszemi i cięższemi zaburzeniami snu i zwraca na podstawie swego doświadczenia uwagę, że Evipan okazuje swe doskonałe działanie nasenne zwłaszcza w zaburzeniach snu polegających na niezasypianiu lub przedwczesnem budzeniu się. Zaburzenia tego rodzaju spostrzega się często u ludzi nerwowych, przepracowanych i u arterjosklerotyków. Sen następował przeważnie po 20—30 minutach i trwał 5—8 godzin, przyczem naogół już jedna tabletka okazywała się wystarczającą. U 10% pacjentów potrzeba było dla osiągnięcia snu 1½, a u 5% 2 tabletki. Pacjenci ci zażywali uprzednio często lub stale środki nasenne.

Po odstawieniu na 8 — 10 dni wszelkich innych środków nasennych pacjenci tej kategorji zasypiali łatwo już po 1 — 1½ tabl. Evipanu, sen był jednak nawet po 2 tabletkach przeważnie zbyt krótki, tak że w ciągu nocy trzeba było zażyć jeszcze jedną tabletkę Evipanu. Doskonale działało u takich pacjentów połączenie Evipanu z małemi dawkami innych środków nasennych, jak np. 0,25 Evipanu + 0,05 — 0,1 g Luminalu lub 0,5 g Adaliny; chorzy zasypiali bardzo prędko i sen trwał znacznie dłużej, co było o wiele przyjemniejsze niż budzenie się w nocy i powtórne zażywanie środka nasennego.

Wartość Evipanu polega w znacznej mierze na zaoszczędzeniu mocno działających środków nasennych i unikaniu w związku z tem przykrych objawów ubocznych i następczych. Jeżeli chorzy nie mogli zasnąć z powodu bólów, to podawanie samego Evipanu było niewystarczające; w przypadkach zaś, w których samo uśmierzanie bólu również jeszcze nie sprowadzało snu, połączenie Evipanu ze środkiem przeciwbólowym zapewniało spokojny i głęboki sen. Ten korzystny sposób stosowania autor wypróbował u 20 pacjentów, cierpiących jednocześnie z powodu bólów i z powodu bezsenności.

Wobec tego, że Evipan działa zasadniczo nasennie, a nie uspokajająco, nie wystarcza on również u bardzo niespokojnych pacjentów; dodanie natomiast Evipanu do innych leków uspokajających oddaje nam również u takich chorych cenne usługi. Evipan nie wywołuje żadnych zaburzeń, co pozwala na podawanie go bez żadnych zastrzeżeń przy wszelkich ew. współistniejących stanach chorobowych. Z pośród 80 pacjentów autora cierpiało 20 na choroby żołądkowe i kiszkowe, lecz również i oni znosili Evipan bez żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych.

Także i na układ krążenia i na ośrodkowy układ nerwowy Evipan żadnego ujemnego wpływu nie wywierał. 5 pacjentów zażywało Evipan codziennie ze stale jednakowo pomyślnym skutkiem w ciągu 5—7 tygodni. W przeciwieństwie do innych środków nasennych, które nierzadko sprowadzają sen połączony z ciężkiemi marzeniami sennemi, sen po Evipanie był zupełnie spokojny i wzmacniający. Przebudzenie odbywa się z uczuciem bezwzględnej świeżości i wypoczynku.

Prof. dr. A. MESSER, Giessen.

ŻYCZENIA I MYŚLI DZIECI DOTYCZĄCE ZAWODU LEKARZA.

(Referat według Therap. Ber. tom VII, Nr. 12).

„Indywidualnej psychologji“ *Alfreda Adlera* (z Wiednia) zawdzięczamy poznanie, że już w pierwszych latach życia dziecka może się wytworzyć i utrwalić plan jego przyszłego życia. Idzie przytem raczej o czysto formalne rozstrzygnięcie, w jaki sposób dziecko pod wpływem swych popędów odniesie się do swego otoczenia: życzliwie, to znaczy podporządkowując się ogółowi lub też wrogo, czyli dążąc do zwrócenia na siebie uwagi i pozyskania znaczenia przez upór, niegrzeczność, „ucieczkę do choroby“. „Plan życiowy“ dziecka pozyskuje bardzo wcześnie ściślej określoną treść, co przejawia się w ten sposób, że życzenia i myśli dziecka skierowują się już na pewien wybrany zawód.

Za materjał do spostrzeżeń autora posłużyło 200 krótkich wypracowań 9 i 10-letnich dzieci, napisanych w szkole bez jakiegokolwiek uprzedniego przygotowania. Nauczyciel napisał na tablicy następujące pytania: 1. Czem chciałbym zostać? 2. Dlaczego właśnie tem? 3. Jak sobie wówczas ułożyć pragnę życie? 4. Co chcę robić do tego czasu? Ankieta była przeprowadzona wśród dzieci 4 szkół powszechnych i 2 gimnazjów w miastach średniej wielkości.

Wśród zawodów pożądanych przez dzieci zawód lekarski należy naogół do rzadkości, a dziewczynki nie wymieniają go nawet wcale. Pośród 69 chłopców ze szkół powszechnych zaledwie jeden pragnie zostać lekarzem (podczas gdy np. 12 chce zostać kupcami). Jedyny kandydat na lekarza ma 9 lat i 8 mie-

sięcy i pisze: „Pragnąłbym zostać lekarzem, gdyż nie mogę objąć stanowiska ojca. Chciałbym wówczas chodzić na uniwersytet. Będąc lekarzem, będę mógł pomagać licznym chorym. W ten sposób będę zarabiał moje pieniądze".

Inny, o rok starszy chłopiec z tej samej klasy pisze: „Pragnąłbym chętnie zostać dentystą, gdyż będę mógł przejąć interes ojca. Będę chodził do szkoły dentystycznej. Po ukończeniu szkoły, ułożę sobie pięknie życie".

Z pośród 39 uczniów gimnazjum dwóch wypowiada się za zawodem lekarskim. Pierwszy (11 lat i 4 miesiące) pisze: „Bardzo chciałbym zostać doktorem, gdyż sprawiałoby mi to przyjemność, a potem będę zarabiał dużo pieniędzy. Po ukończeniu studjów kupię sobie dom i tam będę pracował jako lekarz. Muszę się jeszcze dużo uczyć, zanim zacznę pracować w mym zawodzie".

Bardziej oryginalne są poglądy drugiego chłopca (11 lat): „Chciałbym zostać doktorem medycyny, gdyż jeżelibym zachorował, to odrazu będę wiedział, co mi jest. Po ukończeniu godzin przyjęć będę odwiedzał mych pacjentów, a jeśli pozostanie mi jeszcze trochę czasu, to pójdę na godzinę na spacer. Nie idzie to jednak tak prędko, jak się zdaje, gdyż trzeba dużo się uczyć". Chłopiec ten wymienia nawet uniwersytety, na których pragnąłby studjować.

Z pośród 27 uczniów drugiego gimnazjum zaledwie jeden pragnie zostać lekarzem (podczas gdy np. 7 chce zostać nauczycielami i 7 duchownymi) i pisze: „Najchętniej pragnąłbym zostać doktorem, gdyż jest to taki piękny zawód. Będę wcześnie wstawał i pracował aż do wieczora. W ciągu dnia przyjdzie do mnie wiele ludzi z prośbą, abym ich leczył. Ożenię się wówczas, lecz do tego czasu jest jeszcze daleko".

W wypracowaniach dziewcząt jedna objawia swą skłonność do medycyny w ten sposób, iż wyraża chęć wyjścia zamąż za lekarza. Ma zamiar wówczas przyjąć służącą, chodzić z mężem do teatru lub kawiarni, jeść tam tort.

Trzy dziewczynki (z pośród 74) pragną zostać pielęgniarkami. Jedna z nich (10 lat) pisze: „Pragnęłabym zostać siostrą miłosierdzia. Bardzo lubię opiekować się chorymi. Głównie dziećmi. Będę wcześnie wstawała. Zanim zostanę pielęgniarką nauczę się wszystkiego, co w tym celu potrzeba. Później kupię sobie strój pielęgniarki".

Druga dziewczynka chciałaby także zostać pielęgniarką i również opiekować się małemi choremi dziećmi.

Trzecia (lat 12) pisze: „Chciałabym zostać siostrą w klinice. Będę starannie wypełniała swe obowiązki i dawała chorym jedzenie. Potem wyjdę zamąż. W niedzielę będę chodziła do kina, teatru, do kawiarni lub na tańce".

Odpowiedzi dzieci na pytanie, jaki zawód pragnęłyby one sobie w przyszłości obrać i jak sobie tę swą przyszłą pracę zawodową wyobrażają, pozwalają na interesujące i głębokie wniknięcie w życie duchowe dziecka. Odpowiedzi te dostarczają również wiele materjału dla psychologji porównawczej obu płci.

Dr. E. KAUFMANN, Kolonja.

SIONON JAKO WĘGLOWODAN ZASTĘPCZY W DIETETYCE CUKRZYCY.

(Referat według Kli. Wo. 1929, Nr. 2).

Sionon jest to sześciowartościowy alkohol o wzorze chemicznym $C_6H_8(OH)_6$. Sionon wyróżnia się przyjemnie słodkim smakiem, a jego siła słodząca odpowiada jednej trzeciej zwykłego cukru.

W doświadczeniach na zwierzętach tolerancja Siononu okazała się bardzo dobra, gdyż nie wywoływał on żadnych objawów działania ubocznego. Wydzielanie azotu pod wpływem Siononu stale nieco się zmniejszało. Wydaje się prawdopodobnem, że podawanie Siononu ogranicza rozpad białka. W doświadczeniach na głodzonych zwierzętach stwierdzono, że Sionon pobudza wytwarzanie i odkładanie glikogenu. Po podaniu 30 g Siononu poziom cukru we krwi podnosi się tak, jak po spożyciu 5 g cukru gronowego. Dotychczas jeszcze nie rozstrzygnięto, czy to zwiększenie się zawartości cukru we krwi zależy od przemiany Siononu w dekstrozę czy od rozkładu glikogenu.

Autor badał wpływ Siononu na przemianę gazową, tolerancję węglowodanową, poziom cukru we krwi, cukromocz i wydzielanie acetonu u chorych cukrzycowych. Wszyscy chorzy chwalili przyjemny słodki smak Siononu. Dawki do 50 g nigdy nie powodowały żadnych objawów ubocznych. Przy stałem podawaniu Siononu można tę dawkę bez obawy stopniowo powiększać. Sionon stosuje się pod względem kuchenno-technicznym zupełnie tak samo jak zwykły cukier.

Spostrzeżenia autora dotyczyły chorych dotkniętych lekką lub średniociężką postacią cukrzycy. Chorzy ci otrzymywali codziennie po 30—40 g Siononu, przyczem nie stwierdzono żadnego niepomyślnego wpływu tego preparatu na tolerancję cukrową lub na cukromocz. Dopiero dawki 40—50 g zwiększały czasami nieznacznie cukromocz, zwłaszcza u diabetyków z małą tolerancją. Na ketonurję Sionon żadnego ujemnego wpływu nie wywierał. Stosunkowo najwięcej zwiększa się cukromocz jeżeli przyjąć Sionon zrana naczczo. Poziom cukru we krwi podnosi się po większych dawkach podobnie jak przy hiperglikemji pokarmowej. Spostrzegane czasami po bardzo dużych dawkach Siononu zwiększenie dobowej ilości wydzielanego cukru dowodzi, że Sionon ulega w ustroju przemianie w glukozę. W szeregu dokładnych doświadczeń

autor wykazał w sposób przekonywujący, że organizm chorego na cukrzycę przyswaja Sionon całkowicie i że jego energja kaloryczna zostaje przez ustrój w zupełności wykorzystana. Badanie bilansu azotowego wykazało zaoszczędzanie białka. Wydalanie azotu zmniejsza się nieco wolniej niż po odpowiednich dawkach glukozy, lecz ogółem zaoszczędzenie białka jest po Siononie większe niż po glukozie.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że własności Siononu jako namiastki węglowodanowej, wytwarzającej glikogen i zaoszczędzającej białko, jego niewielki wpływ na zawartość cukru we krwi i w moczu oraz doskonałe wykorzystanie w ogólnej przemianie materji, czynią z tego przetworu doskonały węglowodan zastępczy, nadający się do stosowania w przypadkach lekkiej i średnio-ciężkiej cukrzycy. Sionon urozmaica jednostajną dietę diabetyków i umożliwia im spożywanie potraw o przyjemnym słodkim smaku.

Dr. M. SCHMIDT.

W SPRAWIE ŚRODKÓW WYKRZTUŚNYCH.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques tom IV, Nr. 2).

Przy leczeniu ostrych i przewlekłych nieżytów oskrzeli, odoskrzelowych zapaleń płuc i gruźlicy płuc stosujemy oddawna chętnie preparaty kreozotowe. Preparaty te ułatwiają wykrztuszanie, zmniejszają podrażnienie kaszlowe i przyspieszają wyleczenie stanu zapalnego błon śluzowych narządu oddechowego. Tolerancja jednak większości istniejących przetworów kreozotowych jest, niestety, przeważnie niedobra, gdyż ze względu na swój przykry smak wpływają one naogół ujemnie na apetyt. Uniemożliwia to podawanie preparatów kreozotowych chorym dotkniętym gruźlicą płuc u których zależy nam szczególnie na poprawie stanu odżywiania. Również i we wszystkich przewlekłych nieżytach oskrzeli dłuższe podawanie kreozotu natrafia na znaczne trudności, gdyż chorzy po pewnym czasie odmawiają przyjmowania tego leku.

Długi czas uważano, że głównemi składnikami leczniczemi kreozotu są kreozol i guajakol. Nowsze jednak dokładne badania analityczne wykazały, że kreozot zawiera do 40% krezolu i zaledwie 20% guajakolu i 30 do 34% kreozolu. Można z tego wywnioskować, że w działaniu leczniczem preparatów kreozotowych główna rola przypada właśnie krezolowi.

Krezol został wprowadzony do lecznictwa w postaci Kresivalu, przedstawiającego z chemicznego punktu widzenia krezolo-sulfonian wapnia. Tolerancja tego preparatu jest doskonała, a jego działanie lecznicze, jak to wynika z licznych danych z piśmiennictwa, bardzo pomyślne.

Kresival ułatwia w znacznym stopniu wykrzuszanie, czyni je niebolesnem i łagodzi podrażnienie kaszlowe. Działanie lecznicze Kresivalu występuje szczególnie wyraźnie w uporczywych nieżytach oskrzeli i w przypadkach gruźliczej

adenopatji tchawicowo-oskrzelowej u dzieci. Kresival oddaje cenne usługi przy leczeniu wszelkich postaci zapaleń płuc, grypowych nieżytów oskrzeli, a zwłaszcza przewlekłej gruźlicy płuc u dorosłych. Ze względu na przeciwzapalne i uspokajające działanie wapnia Kresival jest wskazany również i w przypadkach stanów nieżytowych na tle skazy wysiękowej i w krztuścu. Dawkowanie dla dorosłych wynosi 3 do 4 razy dziennie po łyżce stołowej, a dla dzieci 3 do 4 razy dziennie po łyżeczce od herbaty; Kresival zażywa się po uprzedniem rozcieńczeniu go jednakową ilością wody. Kresival można w razie potrzeby podawać bez żadnej obawy nawet przez dłuższy czas, gdyż w dawkach leczniczych nie drażni on wcale przewodu pokarmowego. Przyjemny smak Kresivalu (aromatyczny syrop) sprawia, że nawet dzieci przyjmują go chętnie.

Prof. G. DENECKE, Oddział wew. Szp. Bethesda w Duisburgu.

LECZENIE MIAŻDŻYCY.

(Referat według Therap. Gegenw. 1933, Nr. 12).

Pierwszym i zasadniczym warunkiem pomyślnego leczenia miażdżycy jest odpowiednie uregulowanie trybu życia. Alkohol należy ograniczyć, a przy zaburzeniach nerkowych zakazać zupełnie. Kawa i herbata przeważnie nie są szkodliwe; częstokroć jednak związki aromatyczne, znajdujące się w kawie, bywają dla pacjenta bardziej szkodliwe niż sama kofeina i one to zmuszają do zupełnego wyrzeczenia się kawy. Duże znaczenie ma również dieta i określenie pory spożywania dozwolonych pokarmów. W przypadkach miażdżycy tętnic, powstałej na podłożu kiłowem, duże usługi oddaje nam Jod-Elarson. Dla leczenia lżejszych postaci aortalgji, objawów angiospastycznych i nadciśnienia nadaje się Theominal (Theobromina + Luminal). Niestety, przy dłuższem zażywaniu i większych dawkach występują czasami swędzące wysypki skórne, których można jednak łatwo uniknąć, jeżeli po pięciu dniach zażywania Theominalu zarządzać stale dwudniowe przerwy. Przy silniejszych skurczach naczyniowych, jak np. przy chromaniu przestankowem, znakomicie działają czasami Lacarnol lub Padutina. Pacjenci z wrażliwemi żołądkami nie znoszą czasami doustnego przyjmowania tych preparatów. Padutina lub Lacarnol działają jednak przeważnie przy angiospastycznem a nie organicznem pochodzeniu dolegliwości. Jeżeli zapalenie błony wewnętrznej tętnic zamyka drożność naczynia lub też jeżeli zakrzep uniemożliwia zupełnie krążenie krwi w danym odcinku, to żaden środek nie jest już w stanie przywrócić krwiobiegu; tem właśnie tłumaczy się, że w przypadkach znacznego miażdżycowego upośledzenia drożności naczyń wieńcowych lub miażdżycowej zgorzeli kończyn wszelkie preparaty zupełnie zawodzą. Zdarzają się jednak również i postacie daleko posuniętej zgorzeli, które zależą przeważnie od zjawisk skurczowych; takie przypadki reagują czasami znakomicie na Padutinę. *Frey* np. zapomocą Padutiny

osiągał w niektórych przypadkach zgorzeli kończyn dolnych u arterjosklerotyków zadziwiające poprostu wyniki lecznicze. Kuracja taka wymaga wówczas conajmniej 30 lub więcej wstrzykiwań. W przypadkach zgorzeli cukrzycowej, która polega przeważnie na zupełnej niedrożności organicznej, Padutina pozostaje przeważnie bez wpływu na przebieg sprawy chorobowej. Przy bezsenności miażdżycowej stosunkowo najlepiej pomaga Theominal. Jeżeli Theominal nie skutkuje, to podajemy Luminal (2 — 3 razy po 0,1 co godzina). Morfiny należy bezwarunkowo unikać. Dla wzmocnienia akcji serca zapisujemy małe dawki naparstnicy (0,02 — 0,05 g dziennie). W przypadkach grożącej niedomogi serca znaczną ulgę sprawia obfity upust krwi (400—600 cm^3). U otyłych i pletorycznych pacjentów zaleca autor dietę i Salyrgan, które okazują pomyślniejszy wpływ na nadciśnienie niż upusty krwi. W przypadkach miażdżycowego zwyrodnienia mięśnia sercowego i przewlekłej niedomogi serca autor stosuje kombinowane wstrzykiwania strofantyny, cukru gronowego i Salyrganu. Przy częstych napadach dusznicy bolesnej łączy *Denecke* skopolaminę z Luminalem. U dwóch chorych z wyjątkowo częstemi i silnemi napadami autor zastosował z powodzeniem długotrwałe uśpienie zapomocą Pernoctonu. Jeżeli pacjent ma złe żyły, to zamiast dożylnego wstrzyknięcia środka nasennego można zastosować uśpienie Avertiną per rectum. W postaciach czysto skurczowych uregulowanie trybu życia i podawanie preparatów hormonu sercowego daje wyniki bardzo pomyślne. Preparaty przyjmowane do wewnątrz są według autora odpowiedniejsze niż przetwory stosowane w postaci wstrzykiwań. Podczas napadu dusznicy bolesnej podaje się azotyny (nitroglicerynę, azotyn amylu i t. d.). Skutecznej profilaktyki miażdżycy obecnie jeszcze nie jesteśmy w stanie przeprowadzić, gdyż przyczyn miażdżycy dokładnie nie znamy, a nawet i poznane już czynniki szkodliwe nie zawsze dają się wyłączyć.

Dr. P. SEVIAN, Aleppo (Syrja).

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD DZIAŁANIEM MOCZOPĘDNEM SALYRGANU.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1933, Nr. 6).

We wszystkich spostrzeganych przeze mnie przypadkach zastoinowego zatrzymania wody w ustroju Salyrgan okazywał swe silne i niezawodne działanie moczopędne. Przeważnie wstrzykiwałem Salyrgan domięśniowo, zwracając się do wstrzykiwań dożylnych jedynie w przypadkach, wymagających interwencji szybkiej i energicznej. Tolerancję Salyrganu uważam za doskonałą, gdyż ani razu nie obserwowałem żadnych przykrych objawów ubocznego działania preparatu.

Jako przykłady znakomitego działania moczopędnego Salyrganu pozwolę sobie z pośród licznych moich odnośnych spostrzeżeń przytoczyć w streszczeniu dwa następujące przypadki:

1) Pani Z., lat 62. Dawniejsze wywiady bez większego znaczenia. W roku ubiegłym pacjentka zauważyła obrzęk kończyn dolnych, który powiększał się stopniowo coraz bardziej; po pewnym czasie obrzęki przyjęły rozmiary tak znaczne, że zmusiły chorą do zapisania się do szpitala. W szpitalu dokonano nakłucia puchliny brzusznej; nakłucie sprawiło chorej znaczną ulgę. Pacjentka opuściła szpital bez obrzęków. Poprawa ta okazała się jednak tylko przejściową, gdyż po 5 tygodniach obrzęki kończyn dolnych i puchlina brzuszna znowu powróciły.

Gdy zostałem wezwany do chorej, znalazłem ją w stanie rozpaczliwym z wszelkiemi objawami ciężkiej i daleko posuniętej zastoiny krążenia. Obrzęki skórne i puchlina brzuszna zdążyły już dojść do kolosalnych rozmiarów. Chora skarży się na dokuczliwą duszność. Samopoczucie bardzo złe. Mocz bez większych zmian, co dowodziło, że wydolność nerek była zachowana. Staranne wysłuchanie serca nie wykazało żadnych oznak organicznych uszkodzeń ujść żylnych lub zastawek. Tętno było wprawdzie przyśpieszone i niemiarowe, lecz nie do tego stopnia, aby można było napewno uzależnić te niezwykle duże obrzęki bezpośrednio od zaburzeń czynności serca. Wymacanie lub opukanie wątroby było niemożliwe z powodu znacznej puchliny brzusznej. Pozostałe narządy bez uchwytnych zmian.

Ściślejsze ustalenie przyczyny obrzęków przedstawiało w tym przypadku trudne zadanie rozpoznawcze. Ze względu na ciężki stan chorej, wymagający szybkiej interwencji, zdecydowałem się na dokonanie domięśniowego wstrzyknięcia Salyrganu. Żyły były niedostępne, gdyż również i ręce były obrzęknięte. Wynik tego zabiegu przeszedł wszelkie moje oczekiwania, gdyż diureza w dniu wstrzyknięcia przekroczyła 6 litrów. Również i w drugim i trzecim dniu diureza utrzymywała się nadal na wysokim stosunkowo poziomie. W końcu trzeciego dnia powtórne wstrzyknięcie, tym razem dożylne, uwieńczone podobnem powodzeniem jak pierwsze. Dalsze leczenie doprowadziło do zupełnego ustąpienia obrzęków.

2) M. L., lat 32, kupiec. Bardzo otyły. Wzrost 1,56 mtr., waga 92 kg. Otyłość tego pacjenta można było na podstawie wywiadów uzależnić od spożywania nadmiernych ilości pokarmów przy jednoczesnym siedzącym trybie życia. Alkoholu nie nadużywał. Serce i nerki bez zmian. Już niewielki wysiłek wywoływał u chorego znaczną duszność, zależną tylko od ogólnego otłuszczenia, gdyż narząd oddechowy był w doskonałym stanie. Apetyt doskonały, czynność kiszek prawidłowa. Diureza niewielka. Zaleciłem odpowiednią dietę oraz zażywanie preparatów tarczycy (Elityran). Ponadto co 3 lub 4 dni dokonywałem wstrzykiwań Salyrganu, który za każdym razem wywoływał bardzo obfitą diurezę.

W ciągu 45 dni kuracji waga chorego zmniejszyła się o 12 kg, poczem zastosowałem miesięczną przerwę w leczeniu. Po wznowieniu kuracji chory jeszcze stracił nieco na wadze i wreszcie zaniechał leczenia, uważając się za wyleczonego. Wszelkie jego poprzednie dolegliwości ustąpiły zupełnie.

Prof. dr. KORACH, Hamburg.

EPILEPSIA VERTIGINOSA I JEJ LECZENIE PROMINALEM.

(Referat według Fortschr. d. Ther. 1932, Nr. 24).

Luminal jest niewątpliwie odpowiednim i skutecznym środkiem dla leczenia ciężkich napadów padaczki. W przypadkach jednakże lekkiej padaczki, przy objawach t. zw. „absence" oraz przy napadach zawrotów (Vertigo epileptica) współczynnik nasenny Luminalu okazuje się niepożądany. Lekarze znają naogół stosunkowo mało te dokuczliwe zawroty głowy, występujące jako równoważnik napadu epileptycznego. Luminal nie okazuje przeważnie żadnego wpływu na te zawroty, podobnie jak nie działa na wcale nie tak rzadką u dzieci

pyknolepsję gdyż napady pozostają, a czasami częstość ich nawet się zwiększa. Autor spostrzegał w ciągu ostatnich 2 lat szereg napadów zawrotów głowy, które można było uznać za równoważniki padaczki; napady tego rodzaju występowały prawie tylko u kobiet w wieku od 20 do 30 lat. Żadnej uchwytnej dziedzicznej lub urazowej przyczyny powstawania tych napadów nie można było wykryć. U dwóch kobiet pierwsze napady zawrotów wystąpiły w kilka tygodni po porodzie; ciąża przebiegała u tych pacjentek z licznemi powikłaniami i bardzo uporczywemi wymiotami. Napady występowały początkowo stosunkowo rzadko, jednak z biegiem czasu częstość ich zwiększała się do 14 napadów dziennie; liczne pacjentki skarżyły się na wrażenie istotnego „kręcenia się“ w głowie. Napady trwały najwyżej 3 minuty; podczas napadów chore nagle bladły. Zaburzeń świadomości, ugryzienia języka, zmian tętna ani rozszerzenia źrenic nie spostrzegano. Chore szukały jakiejś podpory, krzesła, na którem mogłyby usiąść lub ściany, o którą mogłyby się oprzeć. Jeżeli napad występował na ulicy, pacjentki skrywały się do bramy. W nocy napady nie występowały.

Już u pierwszej chorej działanie nasenne Luminalu ujawniło się w sposób bardzo silny, gdyż po przebytym zawrocie wystąpiło lekkie odurzenie, a następnie senność, podczas gdy u pacjentek nieleczonych napady przeważnie mijały, nie pozostawiając żadnych zaburzeń świadomości lub amnezji. Autor uzależnia ew. częste powtarzanie się zawrotów właśnie od tego luminalowego odurzenia lub senności. Częstość napadów była nierzadko większa niż przed stosowaniem Luminalu. Tem się też tłumaczy, że chorzy cierpiący na „absence“ i zawroty sprzeciwiają się przeważnie przyjmowaniu Luminalu. Z tego względu autor zwrócił się do Prominalu, który chociaż jest chemicznie pokrewny Luminalowi, jednak nie okazuje w zwykłych dawkach leczniczych żadnego działania nasennego.

Dla przezwyciężenia zawrotów epileptycznych wystarczyło 0,1 g Prominalu jako dawka pojedyńcza i najwyżej 0,5 g jako dawka dobowa. Jeżeli schorzenie trwało dopiero krótki czas, to już dawka 2 — 3 razy dziennie po 0,1 g w ciągu 8 dni okazywała się dostateczna; gdy napady się zmniejszyły, to ograniczano się w ciągu następnych 8 dni do dawki porannej i wieczornej po 0,1 g. W przypadkach niezastarzałych wystarcza 4 — 6 tygodniowe leczenie. W razie występowania senności, można zmniejszyć dawkę do 0,5 g. Zmniejszanie dawki powinno się jednak odbywać stopniowo. Czy potrzebne jest odstawienie soli kuchennej, wzgl. zastąpienie jej odpowiedniemi namiastkami, tego nie można jeszcze na podstawie dotychczasowych nielicznych spostrzeżeń ostatecznie rozstrzygnąć. Stosowane dawki Prominalu nie wywoływały żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. Przyzwyczajenia do Prominalu dotychczas nie spostrzegano.

Większych dawek Prominalu, podobnie jak i środków nasennych, podawać stanowczo nie należy, gdyż czynnik nasenny nietylko nie sprawia polepszenia, lecz powoduje zwykle pogorszenie (napady występują częściej i stają się silniejsze).

Dr. E. BERRI i dr. L. GASTRALDI, Genua.

O DWÓCH ORGANICZNYCH ZWIĄZKACH ARSENOWYCH.

(Referat według Pensiero Medico, Nr. 11).

Autorzy omawiają w swym artykule własności lecznicze dwóch nowoczesnych organicznych preparatów arsenowych, a mianowicie Elarsonu i Solarsonu.

Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Elarson sól strontową kwasu chloro-behenolowego. Każda tabletka Elarsonu zawiera 1/2 miligrama arsenu, co odpowiada 1 kropli roztworu Fovlera. Elarson przechodzi niezmieniony przez żołądek i wchłania się w kiszkach prawie całkowicie (90%). Przy leczeniu blednicy, szczególnie pomyślne wyniki osiąga się stosując Elarson z żelazem (każda tabletka zawiera 1/2 mg As i 30 mg Ferri reducti). Chemiczna synteza Elarsonu jest zasługą *Fischera*, klinicznie zaś wypróbował go i wprowadził do lecznictwa *Klemperer*.

Solarson jest to preparat arsenowy, przeznaczony do wstrzykiwań podskórnych. Pod względem chemicznym przedstawia Solarson heptino-chloro-arsinian amonu. Każda ampułka Solarsonu (1 cm^3) zawiara 4 mg As_2O_3; wstrzykiwania są zupełnie niebolesne. Solarson wchłania się doskonale; w kale i w moczu można stwierdzić jedynie minimalną ilość preparatu. Istnieją również ampułki po 2 cm^3 Solarsonu. Kuracja Solarsonem składa się przeciętnie z 24 wstrzykiwań; po 12 wstrzyknięciach wskazanem jest zarządzić 10-dniową przerwę. Kuracja Elarsonem wymaga zużycia 150 — 200 — 240 tabletek, początkowo 3 razy dziennie po 1 tabletce dochodząc do 3 razy dziennie po 3 tabletki.

Badania autorów nad działaniem leczniczem Elarsonu i Solarsonu były przeprowadzone w szpitalu S. Martino. Za probierz skuteczności leków uważano przedewszystkiem stan ogólny chorych (samopoczucie, apetyt, waga i t. d.), a pozatem zwracano szczególną uwagę na zmiany obrazu krwi według *Arnetha*, na wpływ na surowicę pod względem fizyko-chemicznym i na opadanie krwinek czerwonych. Opadanie krwinek jest często cennym środkiem pomocniczym przy rozpoznawaniu i rokowaniu różnych zmian chorobowych. Współczynnik albuminowo-globulinowy surowicy obliczano zapomocą metody refrakto-viscosimetrycznej *Naegeli'ego-Rohrera;* określano również i zawartość włóknika.

Materjał autorów składał się przeważnie z ciężkich przypadków niedokrwistości, ozdrowieńców po chorobach zakaźnych i przypadków początkowej gruźlicy. W znakomitej większości przypadków stwierdzano szybki i doskonały wpływ leczniczy stosowanych preparatów na stan chorych. Jako przykłady działania Elarsonu i Solarsonu autorzy przytaczają w streszczeniu trzy następujące historje chorób:

1. Chora A. Z., lat 22, włóknista gruźlica szczytów płucnych, wieczorami stany gorączkowe. Pacjentka otrzymała ogółem 240 tabletek Elarsonu; żadnego innego leczenia pozatem nie stosowano. Waga ciała podniosła się z 46,4 do 51 kg, zawartość hemoglobiny zwiększyła się z 50 do 65%, a ilość krwinek czerwonych z 3.330.000 do 4.190.000. Istniejąca poprzednio eozynofilja oraz lekkie przesunięcie obrazu krwi na lewo ustąpiły. Ilość leu-

kocytów zwiększyła się z 5800 do 6250, szybkość opadania krwinek, która wynosiła na początku kuracji 81 minut, wynosi obecnie 125 minut, zawartość albumin w surowicy podniosła się z 8,45 do 9,3°/₀₀, podczas gdy zawartość globulin spadła z 55 do 30°/₀₀, a włóknika z 0,30 do 0,10°/₀₀. Fizykalne objawy płucne poprawiły się wyraźnie. Badanie kontrolne po upływie 4 miesięcy wykazało, że osiągnięta poprawa okazała się trwałą.

2. Chora, B. K., lat 29, cierpi na nawracające wysiękowe zapalenie opłucnej. Płyn wypuszczano już wielokrotnie. Ostatnio płyn zbiera się wolniej, natomiast tworzą się rozległe zrosty. Chora bardzo wyczerpana. Sześciotygodniowa kuracja Elarsonem wpłynęła znakomicie na stan pacjentki. Waga zwiększyła się o 3 kg, erytrocyty o 1.200.000, hemoglobina podniosła się z 40 do 55%. Szybkość opadania krwinek wynosiła przed kuracją 90 minut, po kuracji 150 minut, poprawił się również i współczynnik albuminowoglobulinowy.

3. O. R., lat 57; skóra i widoczne błony śluzowe nadzwyczaj blade, duża, twarda wątroba, powiększenie pachwinowych gruczołów chłonnych. Odczyn Wassermanna ujemny. Zawartość hemoglobiny 15%, ilość krwinek czerwonych 2.400.000, szybkość opadania 31 minut, obraz krwi przesunięty nieco na prawo, anizocytoza i poikilocytoza. Rozpoznanie: ciężka niedokrwistość aplastyczna. Chory otrzymuje codziennie przez 3 miesiące wstrzykiwania Solarsonu. Zawartość hemoglobiny podnosi się do 30%, ilość krwinek czerwonych wynosi 3 miljony. Szybkość opadania erytrocytów opada z 31 na 59 minut, zmniejsza się odpowiednio również i nadmierne rozwodnienie krwi. Stan ogólny wykazuje zarówno przedmiotowo jak i podmiotowo znaczną poprawę.

Spostrzeżenia autorów dowodzą w sposób niewątpliwy, że Elarson i Solarson wpływają bardzo pomyślnie na obraz krwi, zawartość białka w surowicy, szybkość opadania erytrocytów i t. d., oraz na stan odżywiania i na stan ogólny. Tolerancja obu preparatów była doskonała; ani razu nie spostrzeżono żadnych objawów działania ubocznego.

Na podstawie zarówno własnego doświadczenia jak i licznych już danych z piśmiennictwa autorzy dochodzą do wniosku, że Elarson i Solarson umożliwiają przeprowadzenie energicznej i wielce skutecznej kuracji arsenowej.

G. ZACHARIAE.

O STOSOWANIU FOSFORU W LECZNICTWIE.

(Referat według Deutsche med. Wochenschrift, 1928, Nr. 22).

Znaczenie fosforu, jako jednego z bardzo ważnych i niezbędnych składników organizmu, jest znane już oddawna. Zastosowanie jednak fosforu w lecznictwie natrafiało dotychczas na trudności prawie nie do przezwyciężenia, gdyż jest on związkiem bardzo toksycznym. Autor zwraca uwagę, że przed wprowadzeniem do lecznictwa Tonophosphanu (*Benda* i *Blum*) stosowanie fosforu ograniczało się do dodawania go do tranu przy leczeniu krzywicy.

Tonophosphan, pierwszy związek organiczny, w skład którego wchodzi fosfor związany z węglem, umożliwił, dzięki swej małej toksyczności, stosowanie w lecznictwie czynnego fosforu na większą skalę.

Zachariae stosował Tonophosphan w przeszło 100 przypadkach ogólnego wyczerpania i konstytucjonalnej słabości oraz neurastenji i choroby Basedowa. Wyniki okazały się bardzo pomyślne. Zarówno przykre objawy podmiotowe jak i stan ogólny chorych poprawiały się pod wpływem Tonophosphanu nadzwyczaj szybko. Pośród chorych było dość dużo takich, którzy się skarżyli na zaburzenia żołądkowe; sprawa dotyczyła przeważnie opadnięcia żołądka, przebiegającego z nadkwaśnością lub też z mniejszem lub większem upośledzeniem wydzielania soku żołądkowego. Po 10 — 15 wstrzyknięciach Tonophosphanu stan chorych zmieniał się w zadziwiający sposób na lepsze, przyczem w licznych przypadkach badanie rentgenowskie stwierdzało ustąpienie objawów opuszczenia żołądka. (Ciekawy ten fakt został następnie potwierdzony również i przez innych autorów. Przypisek redakcji).

Działanie Tonophosphanu było bardzo pomyślne również i u tych chorych, którzy wskutek niepomyślnych warunków zewnętrznych stracili swą równowagę moralną. Szczególnie pomyślnie reagowały na Tonophosphan przypadki melancholji.

Autor badał szczegółowo zachowanie się obrazu krwi pod wpływem wstrzykiwań Tonophosphanu i stwierdził w przypadkach niedokrwistości szybkie zwiększanie się ilości krwinek czerwonych i podnoszenie się poziomu hemoglobiny.

Autor zwraca uwagę na okoliczność, że zawarty w Tonophosphanie fosfor nie posiada żadnego działania toksycznego. Tonophosphan okazuje wyraźny wpływ na przemianę materji i na przebieg wszelkich zjawisk fizyko-chemicznych, nie wywołując jednak przytem żadnych objawów, któreby mogły wskazywać na bezpośrednie działanie toksyczne fosforu. Działanie fosforu, regulujące przemianę materji, stanowi jednak tylko część jego dodatniego wpływu na ustrój. Można wykazać klinicznie, że Tonophosphan zwiększa wydzielanie i odpływ żółci, działając bezpośrednio na komórkę wątrobową. Działanie to dowodzi, że Tonophosphan ulega jonizacji, która będąc zbyt słabą dla wywołania zatrucia, wystarcza jednak dla okazania wpływu na komórki.

Ze spostrzeżeń swych autor wyciąga wniosek, że Tonophosphan zwiększa czynność biologiczną ustroju we wszystkich jego objawach życiowych.

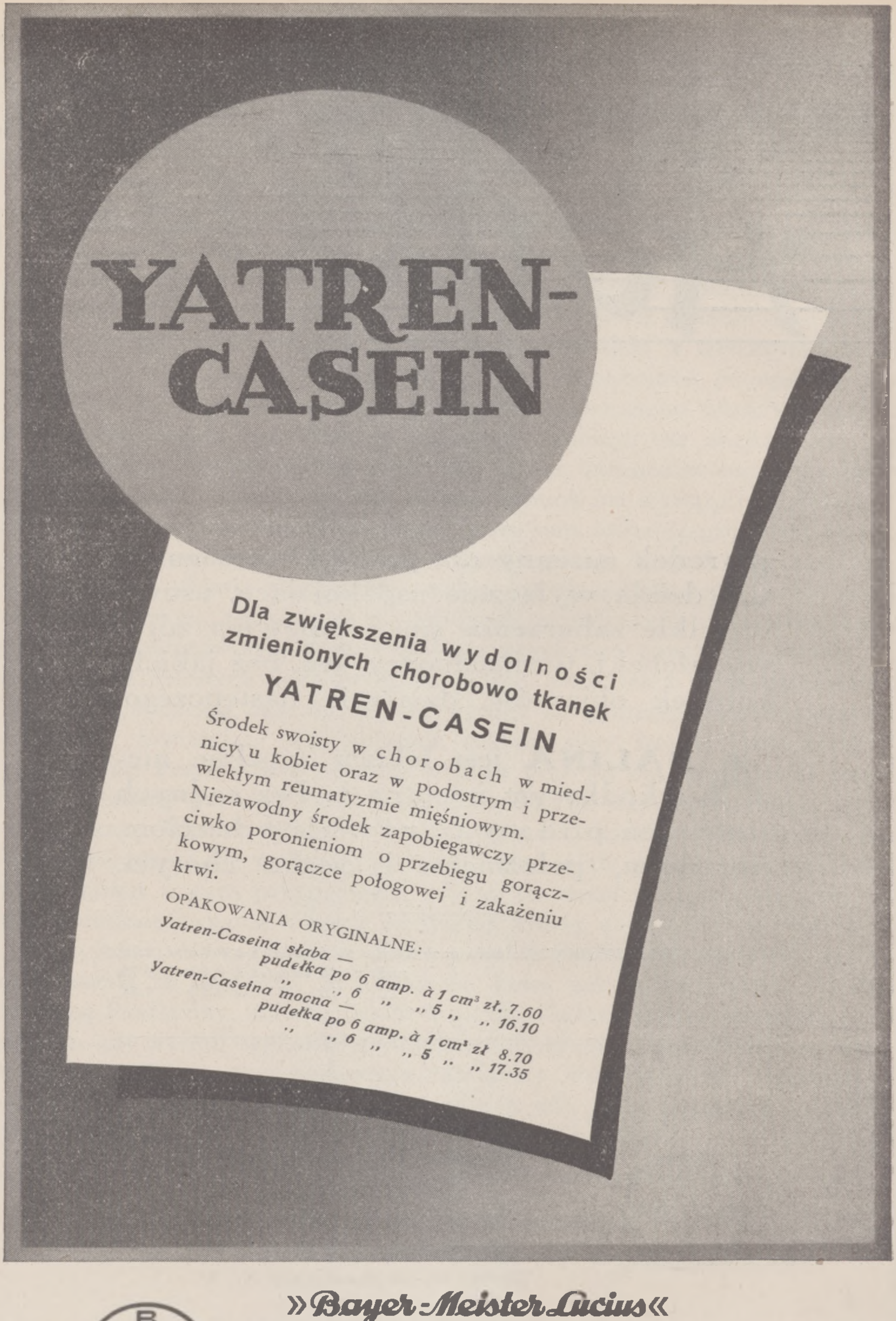
Własności lecznicze Tonophosphanu można wykorzystać, stosując go w różnych mniej lub więcej określonych stanach chorobowych. Działanie Tonophosphanu dowodzi, że między wszystkiemi objawami życiowemi, przy których fosfor odgrywa pewną rolę, istnieje ścisły związek fizyko-chemiczny. Autor jest zdania, że działanie lecznicze fosforu wymaga obecności witamin i wyraża przypuszczenie, że brak reakcji na Tonophosphan dowodzi nieobecności w ustroju dostatecznej ilości witamin.

Dr. HAARDT

W SPRAWIE ZAPOBIEGANIA POWIKŁANIOM GARDLANYM.

(Referat według Wien. Klin. Wchschr. 1927, Nr. 10).

Po zabiegach chirurgicznych w jamie nosowej stwierdza się prawie zawsze w ciągu kilku najbliższych dni po operacji powikłanie w postaci anginy, przeważnie zresztą łagodnej, lecz jednak bardzo przykrej. Podniesienie się gorączki, która może dojść nawet do 40°, wpływa wybitnie ujemnie na stan psychiczny chorego, zaburzenia zaś w połykaniu utrudniają w znacznym stopniu przyjmowanie pokarmów. Izolowanie chorego bezpośrednio po operacji niezawsze jest w stanie uchronić go od anginy i niewiadomo właściwie, czy ta pooperacyjna angina jest objawem zakażenia ogólnego lub miejscowego, czy też bezpośrednim powodem zapalenia gardła jest uniemożliwienie oddychania przez nos wskutek tamponady. Ten ostatni czynnik ma niewątpliwie duże znaczenie, gdyż w przypadkach niedrożności nosa jama ustna narażona jest na wysychanie i to nawet wtedy, gdy chory starannie płucze. Brak dostatecznej ilości śliny okazuje wybitnie niepomyślny wpływ na florę bakteryjną jamy ustnej, przyczem zwiększa się również i zjadliwość paciorkowców. Najpewniejszym środkiem zapobiegawczym przeciwko temu przykremu powikłaniu byłoby zastosowanie skutecznych środków odkażających. Otóż takim doskonałym środkiem antyseptycznym okazały się, jak wynika ze spostrzeżeń autora, pastylki Panflaviny, zawierające jako składnik czynny silny środek bakterjobójczy, Trypaflavinę. Przed każdą operacją w nosie oraz po operacji *Haardt* podaje co dwie godziny pastylkę Panflaviny, którą chorzy trzymają w ustach aż do rozpuszczenia. Wyniki tego sposobu postępowania okazały się znakomite. Anginy pooperacyjne nie występowały wcale, albo miały przebieg bardzo łagodny i to nawet w tych przypadkach, gdy na tej samej sali znajdowali się inni chorzy, dotknięci anginą. Chorzy natomiast, którzy zbyt wcześnie wypisywali się ze szpitala i nie zażywali w domu pastylek Panflaviny, dostawali anginy. Spostrzeżenia te dowodzą, że zakażenie, które tak łatwo można zwalczyć zapomocą Panflaviny, ma swe źródło w gardle. Zwłaszcza we wszystkich przypadkach, gdy na sali szpitalnej znajduje się chory, cierpiący na anginę, wskazanem jest zapobiegawcze podawanie Panflaviny. Panflavina nie dopuszcza do powstawania objawów zapalnych w gardle, a jeśli mimo to angina jednak się wytworzy, to ma ona zawsze przebieg wyjątkowo łagodny.



YATREN-
CASEIN
Dla zwiększenia wydolności
zmienionych chorobowo tkanek
YATREN-CASEIN
Środek swoisty w chorobach w miednicy u kobiet oraz w podostrym i przewlekłym reumatyzmie mięśniowym.
Niezawodny środek zapobiegawczy przeciwko poronieniom o przebiegu gorączkowym, gorączce połogowej i zakażeniu krwi.
OPAKOWANIA ORYGINALNE:
Yatren-Caseina słaba —
pudełka po 6 amp. à 1 cm³ zł. 7.60
„ „ 6 „ „ 5 „ „ 16.10
Yatren-Caseina mocna —
pudełka po 6 amp. à 1 cm³ zł 8.70
„ „ 6 „ „ 5 „ „ 17.35

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Co należy rozumieć pod określeniem „czerwonego" i „białego" nadciśnienia.

Według *Volharda* czerwone i białe (blade) nadciśnienie przedstawiają zarówno pod względem swego obrazu klinicznego jak i mechanizmu powstawania dwie ostro odgraniczone jednostki chorobowe. Przy bladem nadciśnieniu znajdujemy: blady, chorobowy wygląd, zmęczenie, osłabienie, skłonność do anemji, ustalone wysokie ciśnienie tętnic, małe serce, wąskie naczynia obwodowe, zwężenie widocznych tętnic na dnie oka, często Retinitis angiospastica, spastyczny skurcz i rytmiczne zastoje we włośniczkach skóry, wzmożenie ciśnienia w kapilarach, znaczną wrażliwość w stosunku do małych dawek adrenaliny. Sprawa chorobowa polega przeważnie na nadciśnieniu nerkowem, którego podłoże stanowi ogólny czynny skurcz naczyń, wywołany obecnością związków pressorycznych we krwi (nadciśnienie czynne). Nadciśnienie „czerwone" cechują: kwitnący, zdrowy wygląd, duża wydolność, skłonność do uderzeń do głowy i do mózgu, znaczne dzienne wahania ciśnienia, wielkie serce, rozszerzone naczynia obwodowe, niewielka wrażliwość na adrenalinę, zwiększenie ciśnienia krwi przy próbie wodnej. Do tej grupy należy również i tak zwane nadciśnienie samoistne. Mechanizm powstawania tego nadciśnienia nie jest jeszcze wyjaśniony. *Volhard* mówi o pozanerkowem lecz wewnątrzpochodnem biernem zwiększeniu oporu tętnic wskutek zmniejszenia ich rozciągliwości (nadciśnienie bierne). Pod względem leczniczym wchodzą przy nadciśnieniu czerwonem w rachubę: częste upusty krwi, zmniejszenie wagi u osób otyłych, ograniczenie płynów, środki obniżające ciśnienie krwi (teobromina, Padutina i t. d.), środki uspokajające (brom, Luminaletki). Wszystkie te zabiegi przeważnie usuwają tylko dolegliwości podmiotowe, nie okazując zasadniczo na samo ciśnienie większego wpływu. Leczenie nadciśnienia bladego jest przeważnie dietetyczne.

Dr. J. Faltitschek.

(Mitt. d. Volksgesundheitsamtes 1932, Nr. 12).

Hexeton, rozpuszczalny w wodzie preparat kamforowy.

Główna zaleta Hexetonu polega na jego nadzwyczaj szybkiem i silnem działaniu. Hexeton jest związkiem łatwo rozpuszczalnym, wobec czego wstrzykiwanie go jest znacznie wygodniejsze niż gęstej, lepkiej kamfory. Hexeton stosuje się domięśniowo lub dożylnie. Wchłanianie Hexetonu z mięśni odbywa się bardzo szybko. W znakomitej większości przypadków wstrzykiwania domięśniowe okazują się zupełnie wystarczające. Wstrzykiwania dożylne stosuje się jedynie przy zupełnej zapaści i całkowitem porażeniu czynności serca. Przy wstrzykiwaniu dożylnem Hexeton zaczyna przejawiać swe działanie pobudzające już podczas samego wstrzykiwania, przy wstrzykiwaniu zaś domięśniowem działanie jego zaczyna się po trzech minutach. Z leczniczego punktu widzenia ważne jest pogłębienie i przyśpieszenie oddechu przy zatruciach ośrodka oddechowego przez narkotyki i inne środki porażające. Ze względu na swe jednoczesne działanie pobudzające na serce żaden inny lek nie nadaje się tak dobrze jak Hexeton, aby podczas zapaści utrzymać na potrzebnym poziomie funkcjonalnym wszystkie najważniejsze czyn-

ności życiowe. Do wstrzykiwań domięśniowych stosuje się 1,5—2 cm^3 10%-owego roztworu Hexetonu (brunatne ampułki), zaś do wstrzykiwań dożylnych 1 cm^3 1%-owego roztworu (niebieskie ampułki). Hexeton przedstawia według autora najskuteczniejszą namiastkę kamfory.

Dr. Ellmann, Ryga.
Ther. Ber. Tom III, Nr. 1.

Kresival.

Od roku choruję już na ciężki zastoinowy nieżyt oskrzeli, który powstał na tle osłabienia czynności serca. Żaden z licznie stosowanych środków nie był w stanie sprawić mi ulgi. Dokuczliwy kaszel uniemożliwiał mi wykonywanie mego zawodu (jestem lekarzem). Świsty i rzężenia były tak głośne, że słyszało je nawet moje otoczenie. Leczenie nasercowe doprowadziło wprawdzie do zupełnego wyrównania krążenia, lecz objawy oskrzelowe pozostały bez zmiany. Wreszcie zdecydowałem się spróbować jeszcze Kresivalu. Wynik okazał się zdumiewający: suchy, dokuczliwy kaszel zmniejszył się znacznie, zacząłem odpluwać prawie bez wysiłku i odzyskałem spokój nocny. Tolerancja Kresivalu była doskonała, pomimo że zażywałem go w dość znacznych ilościach. Po trzech tygodniach przyjmowania Kresivalu wszystkie objawy, które mnie bardzo wyczerpywały i nie pozwalały przyjmować pacjentów, ustąpiły prawie zupełnie. W ten sposób przekonałem się na samym sobie o doskonałem działaniu wykrztuśnem Kresivalu.

Dr. Vogt, Würzburg.
(Ther. Ber, Tom IV, Nr. 1).

Jak unikać tworzenia się kamieni nerkowych?

Dla zapobiegania tworzenia się kamieni nerkowych trzeba przedewszystkiem wiedzieć, jakiego rodzaju osad strąca się zwykle w moczu pacjenta; ew. bada się kamienie, które wyszły samoistnie drogą naturalną lub też zostały usunięte podczas zabiegu operacyjnego. Następnie odpowiednio do składu chemicznego kamienia określa się potrzebną w danym przypadku dietę. Przy złogach np. z kwasu moczowego ograniczamy spożywanie mięsa, a zwłaszcza narządów gruczołowych, przy oksalurji należy zakazać spożywania potraw lub napojów sprzyjających wytwarzaniu się kwasu szczawiowego, jak np. herbaty, kakao, szpinaku i t. p., przy fosfaturji ograniczamy pokarmy roślinne i zalecamy spożywanie większych ilości mięsa. Dla zapewnienia dostatecznie dużej diurezy wskazane jest zwiększenie ilości przyjmowanych płynów, które powinny wynosić około 2 litrów, podzielonych na 5 części, wypijanych w ciągu dnia. Silniejsze wyniki osiąga się zapomocą „uderzeń wodnych", polegających na tem, że pacjent aż do obiadu leży w łóżku i wypija w tym czasie kilka litrów płynu. Metoda ta nie nadaje się jednak dla ludzi pracujących zawodowo, a pozatem ma przy dłuższem stosowaniu jeszcze inne strony ujemne. Przy wyborze płynów należy uwzględniać również i wody mineralne; alkaliczne lub alkaliczno-ziemne zalecamy chorym z kamieniami z kwasu moczowego i szczawianów, a wody kwaśne pacjentom dotkniętym fosfaturją. Kamienie fosforanowe powstałe wskutek zakażenia bakteryjnego i rozkładu moczu wymagają zastosowania środków odkażających mocz; również i zabiegi stosowane przeciwko tworzeniu się kamieni nerkowych można wzmocnić przez podawanie odpowiednich środków leczniczych: przy skazie moczanowej podaje się zasady, a przy fosfaturji kwas fosforowy lub jego kwaśne sole. Ścisłe przeprowadzanie potrzebnej kuracji natrafia częstokroć na duże trudności. Autor przestrzega przed jednostronnością zalecanej diety. Naogół za najbardziej celową należy uważać umiarkowaną dietę mieszaną z uwzględnieniem odpowiednich wskazań. Dietetyka chorych, cierpiących na kamienie nerkowe, przedstawia ciągle jeszcze zagadnienie nierozstrzygnięte; staje się to zrozumiałem, jeżeli uwzględnimy, że nierzadko zdarzają się mieszane postacie kamieni, które wymagają sprzecznych czasem wskazówek. Usiłowania pobudzenia diurezy rozbijają się ponadto u wielu chorych o trudności wynikające z współistnienia spraw zapalnych w nerkach, osłabienia mięśnia sercowego, znacznego nadciśnienia i otłuszczenia, które nie zezwalają na podawanie większych ilości płynów.

Każdy chirurg wie, jak prędko, pomimo udanej operacji mogą znowu wytwarzać się kamienie fosforanowe, powstałe wskutek infekcji. Nasza sztuka lecznicza chwilowo jest ciągle jeszcze bezsilna dla przeciwdziałania tej skłonności do nowego tworzenia się kamieni.

Dr. Abée, Wildungen.
(Zschr. ärztl. Fortb. 1932, Nr. 21).

Pantocaina w oto - rhino - laryngologji.

Dla znieczulania powierzchownego stosuje się w praktyce laryngologicznej Pantocainę przeważnie w 1 lub 2%-owym roztworze; do 1 cm³ dodaje się 1 — 2 krople Suprareniny (1⁰/₀₀); jedynie u pacjentów, u których Suprarenina wywoływała obfite wydzielanie w nosie, stosowano d-Suprareninę, Rephrinę lub Ephedrinę. Autor zwraca uwagę na okoliczność, że Pantocaina nie posiada tak przykrego smaku jak kokaina. Znieczulenie błony śluzowej występowało przeważnie po 1—2 minutach. Autor uważa 1%-owy roztwór Pantocainy za zupełnie wystarczający. Pantocainę stosowano z powodzeniem również i dla znieczulania infiltracyjnego w przypadkach tonsilektomji.

H. G. Riecke,
Klinika laryngologiczna w Kilonji.
(Zschr. f. Laryngolog. Rhinolog. u. Otolog. 1932, tom 22).

Odmienne działanie Salyrganu przy gruźlicy płuc.

U osobników dotkniętych gruźlicą płuc Salyrgan może czasem nie powodować zwiększenia diurezy, tak że dobowa ilość moczu pozostaje niezmieniona. Dzieje się to, prawdopodobnie, wskutek zubożenia gruźliczego ustroju w wodę. Na uwagę zasługuje jednak okoliczność, że pomimo niezmienionej ilości moczu, ilość wydzielonej soli kuchennej znacznie się zwiększa. U czterech chorych wydzielanie soli zwiększyło się z 4 — 4 — 3,8 — 3,9 g do 12,2 — 11,3 — 9,7 — 7 g. Wydaje się więc, że w przypadkach gruźlicy płuc Salyrgan pobudza przedewszystkiem diurezę solną. Czy solna diureza posalyrganowa może mieć w gruźlicy płuc również i pewne znaczenie praktyczno-lecznicze, rozstrzygną dopiero dalsze spostrzeżenia.

Dr. K. Tschilow,
Klinika Wew. Uniw. w Sofji.
(Zeitschr ges. exp. Med. 1932, tom 85).

Interesujące działanie Omnadiny w okresie ciężkiego ogólnego charłactwa rakowatego.

Autor zastrzyknął podskórnie Omnadinę pewnej kobiecie, znajdującej się w stanie ciężkiego charłactwa z powodu licznych przerzutów raka. Wynik wstrzyknięcia okazał się nadspodziewanie pomyślny: Omnadina wpłynęła niezwykle dobrze na stan ogólny i przyczyniła się do odzyskania zupełnie utraconego apetytu. Zachęcony tem działaniem Omnadiny autor powtórzył wstrzyknięcie, lecz chorej od nieuniknionej śmierci, oczywiście, uratować się nie udało. Wstrzykiwania białka roślinnego nie okazywały takiego wpływu jak Omnadina.

Dr. L. Preiss, Berlin.
(Med. Welt. 1932, Nr. 51).

Zakażenie kropelkowe.

Przeważa naogół pogląd, że przy gruźlicy płuc zakażenie pyłowe ma większe znaczenie niż zakażenie kropelkowe. Doświadczenia na zwierzętach, wykonywane przez licznych autorów *(Moeller, Heymann, Hippke, Chaussé)* wykazały coprawda możliwość zakażenia kropelkowego; jednakże *Lange* zwrócił w związku z tem uwagę, że technika tych doświadczeń nie wy-

kluczała z całą pewnością możliwości zakażenia pyłowego.

Autor zajął się znowu tem ważnem zagadnieniem higjenicznem. Przed opisem techniki doświadczeń i omówieniem wyników autor zastanawia się z teoretycznego punktu widzenia, czy mechanika oddechowa wogóle dopuszcza zakażenie kropelkowe. Szanse kropelki przedostania się do płuc zależą przedewszystkiem od rodzaju wdechowego prądu powietrza. Według *Rohrera* prąd powietrza w oskrzelach nie jest równomiernie równoległy; mógłby się stać takim dopiero przy znacznych szybkościach, które w warunkach prawidłowych wogóle się nie zdarzają. W miejscach, w których prąd natrafia na opór, wytwarzają się miejscowe wiry, które wyczerpują się wskutek tarcia proporcjonalnie do tak zwanej szybkości granicznej, tak że wpływ ten ujawnia się tylko w pasie przybrzeżnym, lecz nie może zmienić charakteru prądu. Różnice wielkości między kropelkami i cząsteczkami pyłu nie mają, jak się zdaje, prawie żadnego znaczenia.

Doświadczenia swe autor wykonał w sposób następujący: świnki morskie, okryte i zabezpieczone w pewien specjalny sposób, umieszczano w odpowiednich skrzynkach; następnie chorzy, dotknięci otwartą gruźlicą płuc i rozsiewający podczas kaszlu kropelki, kasłali przez rurę do skrzyni na znajdujące się tam świnki. Z 11 zwierząt nieochronionych zapadło na gruźlicę 8, z 13 zaś ochronionych tylko 4, czyli mniej niż połowa pierwszej grupy.

Wyniki te dowodzą, że również i chronione zwierzęta wdychały kropelki, które mogą następnie wywołać pierwotną gruźlicę płuc. Wobec tego, że odpowiednio do budowy dróg oddechowych szanse na przeniknięcie najdrobniejszych cząsteczek do płuc są u człowieka o wiele większe niż u świnki morskiej, wydaje się bardzo prawdopodobnem, że również i u człowieka możliwe jest zakażenie przez wdychanie zainfekowanych kropelek. Bądź co bądź, wynik doświadczeń z chronionemi zwierzętami, poddanemi wpływowi zakażenia kropelkowego był niewielki, zwłaszcza, jeżeli uwzględnić niezwykłe nasilenie warunków doświadczalnych. Zwierzęta były poddawane wpływowi kilku napadów kaszlowych, rozsiewających więcej niż po 100 kropelek, lecz mimo to znajdywano zawsze tylko jeden zespół pierwotny. Dowodzi to, że kropelki kaszlowe jedynie wyjątkowo mogą przenikać do głębszych odcinków płuc, które są najbardziej wrażliwe na zakażenie gruźlicze.

Dr. Krenzer,
Uzdrowisko dla chorych płucnych w Grabowsee.
(Ztschr. f. Hyg. 1932).

O odkażającem działaniu Avertiny.

Po lawatywie avertinowej ilość drobnoustrojów w odbytnicy zmniejsza się w znacznym stopniu. Dotychczas nie zbadano jeszcze, czy płyn pozostający w odbytnicy po lawatywie z Avertiny jest zupełnie pozbawiony wszelkich własności zakaźnych, lecz wiadomo w każdym razie z pewnością, że stopień infekcyjności tego płynu jest bardzo mały. Przemawia za tem spostrzeżenie gładkiego przebiegu gojenia się rany po amputacji prostnicy z powodu raka, pomimo zanieczyszczenia całej okolicy rany zawartością kiszkową. In vitro 2,5%-owy roztwór płynnej Avertiny okazuje silniejsze działanie bakterjobójcze niż 2,5%-owy roztwór Avertiny stałej.

Dr. F. Pels Leusden i *dr. G. Küntscher*,
Klinika chirurg. i Zakład Higjeny w Kilonji.
(Zbl. Chir 1932, Nr. 22).

Profilaktyka chorób z zaziębienia.

Dla profilaktyki zaziębień, to znaczy dla zmniejszenia nadwrażliwości błony śluzowej jamy nosowo-gardzielowej, *Zange* zaleca po dokładnem zbadaniu stanu migdałków podniebiennych codzienne rozpylanie w ciągu 14 dni (1 — 2 razy dziennie) proszku sozojodolocynkowego (5% z cukrem mlecznym). Następnie stosuje się codziennie, później co drugi dzień i wreszcie już tylko raz na tydzień masaże całego wnętrza jamy nosowej, ustnej i gardzielowej początkowo 2%-owym, później 3%-owym roztworem Jothionu (Jothioni 2—3,0, Mentholi 0,2—0,3, Paraffini liquidi ad 100,0; przed użyciem mocno wstrząsnąć!). Lekarstwo wprowadza-

my do nosa, ust i gardła na odpowiednim tamponie z waty i wykonywamy ręczny masaż wibracyjny. W powyższy sposób jesteśmy w stanie znacznie zmniejszyć lub nawet całkowicie usunąć nadwrażliwość błony śluzowej górnych dróg oddechowych w stosunku do okresowych zakażeń.

Prof. dr. Zange,
Klin. chorób uszu, nosa i gardła w Jenie
(Med. Welt. 1932, Nr. 50).

Leczenie zakażeń grypowych u dzieci.

Dla ogólnego i szczegółowego leczenia zakażeń grypowych u dzieci autor zaleca świeże powietrze i Pyramidon. Rozpoczyna się od jednej dawki pojedyńczej 0,05 g Pyramidonu i przy dobrej tolerancji zwiększa się dawkę stopniowo do 3 razy dziennie po 0,15 g. Ostrożność dawkowania jest pożądana z tego względu, że u niektórych dzieci już po dawce 0,1 może nastąpić gwałtowny, chociaż pozbawiony wszelkiego niebezpieczeństwa, spadek gorączki. Jednakże nawet znacznie większe dawki (1 — 2 g pro die) nie powodowały nigdy żadnych zaburzeń i nie wpływały ujemnie na stan ogólny. Objawy miejscowe, jak nieżyt błony śluzowej nosa i zapalenia zatok leczy autor Suprareniną (1‰ i gliceryna aa) i kąpielami świetlnemi głowy, co przy jednoczesnem podawaniu Pyramidonu szybko uśmierza bóle głowy. W przypadkach wątpliwych z zstępującym nieżytem tchawicy i oskrzeli i z objawami rzekomego krupu autor stosuje odrazu surowicę przeciwbłoniczą.

Dr. V. Gaupp,
Klinika pedjatryczna w Berlinie.
(Dtsch. med. Wschr. 1933, Nr. 6).

Zawartość arsenu w płynie mózgowo-rdzeniowym po dożylnych wstrzykiwaniach Neosalvarsanu.

U ludzi zdrowych płyn mózgowo-rdzeniowy po dożylnych wstrzykiwaniach Neosalvarsanu nie zawiera wcale arsenu. Wśród 25 pacjentów dotkniętych chorobami nerwowemi u 18 można było wykryć w płynie znaczne ilości arsenu; część tych chorych cierpiała na kiłę ośrodkowego układu nerwowego. Zawartość arsenu obliczona na litr płynu wynosiła 0,74 — 10 mg As_2O_3. Przy niektórych, nawet ciężkich schorzeniach układu nerwowego płyn jednakże arsenu nie zawierał np. w przypadkach ostrego odurzenia alkoholowego, przy zmianach miażdżycowych, porażeniach połowicznych i przy ołowiowem zapaleniu wielonerwowem. Dane otrzymane przez autorów potwierdzają dawne spostrzeżenia, że kiłowe schorzenia opon i ośrodkowego układu nerwowego sprzyjają przechodzeniu arsenu do płynu mózgowo-rdzeniowego. Największe ilości arsenu znajdywano w dwie godziny po wstrzyknięciu Neosalvarsanu.

Dr. M. Le Fèvre de Arric i dr. A. Bray.
Serv. Clin. et Labor. de Thérap. Univ. Bruxelles.
(Cpt. rend. Soc. Biol. Paris 1932, tom 109).

Leczenie Sykosis vulgaris Trypaflaviną.

W przypadkach figówki pospolitej autor usuwał włosy zapomocą naświetlań rentgenowskich i następnie wstrzykiwał dożylnie Trypaflavinę. W większości przypadków następowało szybko zupełne wyleczenie; nawroty zdarzały się bardzo rzadko. W przypadkach uporczywych stosowano zamiast małych dawek $^1/_2$ — 1%-owego roztworu Trypaflaviny 10 cm³ 2%-owego roztworu.

Dr. B. Koschucharoff,
Uniw. Klin. Chor. Skórn. w Sofji.
(Clinica bulgara 191—32, Nr. 9—10).

Trzy lata stosowania Rivanolu.

W przypadkach przewlekłych i podostrych zapaleń okostnej, paradentoz, zapaleń śluzówki jamy ustnej autor w 90% przypadków osiągnął zapomocą Rivanolu wyleczenie. Z powodzeniem stosował autor Rivanol także i dla leczenia wzgl. wypełniania korzeni. Również i dla znieczulania miejscowego można stosować jako środek zapobiegawczy przeciwko podrażnieniu okostnej 0,5%-owy Rivanol i 2%-ową Novocainę (roztwór zagotować). Dobre wyniki dawał następnie Rivanol przy przestrzykiwaniach kanałów korzeni bez przetok. Autor leczył w ten sposób 50 pacjentów z kanałami korzeni zębowych bez przetok i z otwartemi przetokami. Zaledwie w jed-

nym przypadku zaszła potrzeba wyrwania zęba. W dwóch przypadkach przetoka nie zasklepiła się. Wyleczenie następowało po 1 do 4 wstrzykiwań. (Okłady z gorącego roztworu Rivanolu przyczyniły się do wyleczenia ciężkiego zapalenia spojówek w ciągu 4 godzin). Miejsce nakłucia znieczulano 2%-ową Pantocainą; do wstrzykiwań przy istniejącej przetoce stosuje się 2 cm³ 1%-owego roztworu Rivanolu, w przypadkach zaś bez przetoki już 1 cm³ okazuje się wystarczający.

Dr. H. Reschovsky, Wiedeń.
(Z. Stomat. 1932, Nr. 18).

Przeciwko niepotrzebnemu utrudnianiu leczenia świerzbu.

Mechaniczne zabiegi na skórze, szukanie igłą kryjówek pasorzytów, kąpiele siarkowe i t. d. jedynie niepotrzebnie utrudniają leczenie świerzbu i sprawiają kłopot choremu. Autor uważa, że jedynym najskuteczniejszym sposobem leczenia świerzbu jest stosowanie odpowiednich preparatów przeciwpasorzytniczych, najlepiej Mitigalu. Należy w ciągu trzech kolejnych wieczorów wzgl. nocy starannie nacierać Mitigalem całe ciało z wyjątkiem głowy i szyi; wieczorna pora nacierania ma znaczenie z tego względu, że kleszcz świerzbowy ukazuje się na powierzchni skóry jedynie w nocy i wtedy właśnie staje się dostępny dla działania zastosowanego leku. Pasorzyty zostają zasadniczo zniszczone już w ciągu pierwszej nocy, ostatnie zaś pokolenia w ciągu dwóch następnych nocy. Na tem leczenie się kończy.

Dr. H. C. Semon,
General Hospitals, Londyn.
(Practitioner 1932, Nr. 3).

Zapobieganie zapaleniu płuc przy grypie zapomocą wstrzykiwań chininy.

Strauss stosuje zapobiegawcze leczenie grypy zapomocą wstrzykiwań chininy już od 8 lat. Spostrzeżenia jego dotyczą prawie 500 pacjentów. U chorych leczonych wstrzykiwaniami chininy już w drugim lub trzecim dniu choroby prawie nie występowały objawy grypowego zapalenia płuc. Leczenie chininą rozwiniętego już grypowego zapalenia płuc nie było przeważnie tak skuteczne jak leczenie tą metodą niegrypowego, płatowego zapalenia płuc, które *Strauss* również już od wielu lat stale leczy chininą. Śmiertelność z płatowego zapalenia płuc, leczonego chininą, wynosiła 16%, z ciężkiego odoskrzelowego zapalenia płuc u ludzi starszych 22%, z grypowego zapalenia płuc 33%. Przy stosowaniu wstrzykiwań należy zwracać szczególnie baczną uwagę na aseptykę, gdyż grypa usposabia do pewnego stopnia do wytwarzania się „ropni pozastrzykowych".

Prof. dr. H. Strauss, Berlin.
(D. M. W. 1933, Nr. 7).

Padaczka w praktyce codziennej.

W przypadkach samoistnej postaci padaczki czasami już samo ograniczenie soli kuchennej przyczynia się do zmniejszenia częstości i natężenia napadów. Ograniczenie Na Cl jest przedewszystkiem niezbędne przy leczeniu preparatami bromowemi. W razie bezskuteczności leczenia bromowego należy wypróbować Luminal. Zamiast Luminalu chętnie stosuje się obecnie Prominal (3 razy dziennie po 0,1 g), którego działanie nasenne jest znacznie mniejsze niż Luminalu. Występowanie senności zarówno po Luminalu jak i po Prominalu jest indywidualnie bardzo różne. Regularne podawanie Luminaletek działa bardzo pomyślnie również i przy małych napadach, które niezawsze poddają się działaniu leczniczemu innych wypróbowanych środków przeciwpadaczkowych. Jeżeli napady występują rzadko, lecz przeważnie w związku z miesiączkowaniem, to można na kilka dni przed

spodziewanym perjodem podać brom lub małe dawki Luminalu. Częstokroć już samo uregulowanie trybu życia (dieta, mało soli, odstawić alkohol) wpływa pomyślnie na przebieg choroby.

Dr. R. Jacobi, Flensburg.
(Med. Welt 1932, Nr. 51).

W sprawie profilaktyki zapomocą Panflaviny.

Autor już od wielu lat stosuje preparat akrydynowy „Panflavinę" jako najlepszy środek dla odkażania jamy ustnej, przyczem stosuje go nietylko w swej praktyce dentystycznej, lecz poleca go również swym znajomym, zarówno dorosłym jak i dzieciom. Również i najbliższa rodzina autora stale korzysta z pastylek Panflaviny. W ciągu długich lat obserwacji Panflavina okazała się znakomitym środkiem, chroniącym w sposób niezawodny przed wszelkiemi chorobami zakaźnemi, wychodzącemi z jamy ustnej i gardzielowej. Pomimo panowania w ostatnich czasach w najbliższych okolicach licznych epidemij anginy, błonicy i płonicy, wszyscy, którzy za radą autora stale zażywali po kilka razy dziennie pastylki Panflaviny, zdołali się uchronić od zakażenia. U wszystkich dzieci zażywających regularnie Panflavinę autor stwierdził znaczne zwiększenie odporności w stosunku do powyżej wymienionych chorób zakaźnych. Ani jedno z tych dzieci pomimo licznych przypadków zakażeń w najbliższem otoczeniu (szkoła, sąsiedzi, rodzina) nie zapadło na anginę, błonicę lub płonicę.

Dr. F. Hautmann, Wiener Neustadt.
(Zahnärztl. Berichte 1933, Nr. 1).

Dożylna urografja przy rozpoznaniu przedziurawienia pęcherza moczowego.

Autor opisuje historję choroby pewnego 66-letniego mężczyzny, który wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał ciężkiego złamania miednicy. Dożylna urografja zapomocą 35 cm³ 40%-owego roztworu Abrodilu potwierdziła przypuszczalne rozpoznanie pozaotrzewnowego przedziurawienia pęcherza moczowego. Zdjęć rentgenowskich dokonano w 8 i 15 minut po wstrzyknięciu Abrodilu. Natychmiastowa operacia. Wyleczenie.

Dr. Mark (Kansas City, Mo).
(J. A. M. A. 1933, tom 100).

Casbis — preparat bizmutowy dla leczenia kiły.

Autor stosował Casbis w 48 przypadkach kiły. Pacjenci znajdowali się w różnych okresach choroby. Dawka początkowa Casbisu wynosi 0,5 cm³, następnie wstrzykuje się co 2 — 3 dni 1 cm³ (dopośladkowo) aż do osiągnięcia dawki ogólnej 14 — 15 cm³. Dawka początkowa dla dzieci wynosi 0,05 — 0,1 cm³, następnie zwiększa się ją stopniowo do 0,2 cm³ i wstrzykuje aż do osiągnięcia dawki ogólnej 1,5 — 2 cm³. W przypadkach kiły pierwszorzędowej (11 przypadków) działanie Casbisu było szybkie i silne; owrzodzenia znikają zupełnie po 3 — 4 wstrzyknięciach, a krętki blade już po 48 godzinach. W okresie drugim (34 przypadki) wysypki skórne znikały po 3 — 4 wstrzyknięciach, a grudki przerostowe już po 2 — 3 wstrzyknięciach. W poszczególnych przypadkach występował odczyn Herxheimera. W okresie trzecim (3 przypadki) udało się już po 3 — 4 wstrzyknięciach doprowadzić do cofnięcia objawy kiły guzowato-pełzającej; po zakończeniu kuracji (13 — 15 wstrzykiwań) stwierdzono zupełne wyleczenie. Podobnie jak przy innych przetworach bizmutowych odczyn Wassermanna zmieniał się z dodatniego na ujemny po 7 — 10 wstrzykiwaniach. Wstrzykiwania Casbisu są niebolesne. Ani razu nie zauważono wytwarzania się nacieczeń. Oprócz lekkiej obwódki bizmutowej w dwóch przypadkach, Casbis nie wywołał żadnych objawów działania ubocznego bizmutu. Zwłaszcza na nerki Casbis nie okazuje żadnego szkodliwego wpływu. Casbis należy obecnie uważać za jeden z najdoskonalszych przetworów bizmutowych.

Dr. H. Pohlmann.
(Klin. dermatolog. w Frankfurcie n. M.).
(Deutsche med. Wochenschr. 1924, Nr. 2).

Konkurs na pracę o Omnadinie

W terminie do 1 października b. r. nadesłano do Redakcji „Wiadomości Terapeutycznych prace konkursowe pod godłami:

Salus aegroti — suprema lex medico esto,
B a b y,
Dr. J. H.
S a l u s,
Euphoria,
M a r,
Wiekopomne odkrycie Mucha,
Primum non nocere,
Odporność,
Saepe stylum vertas,
Kresy,
Medicus,
Dr. P. Meyer,
Dr. St. Liebhart,
Remedium,
Veritas vincit,
Medice cura te ipsum,
Złota Mucha,
Vaccinoterapia.

Wykaz powyższy służy jednocześnie jako potwierdzenie odbioru.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

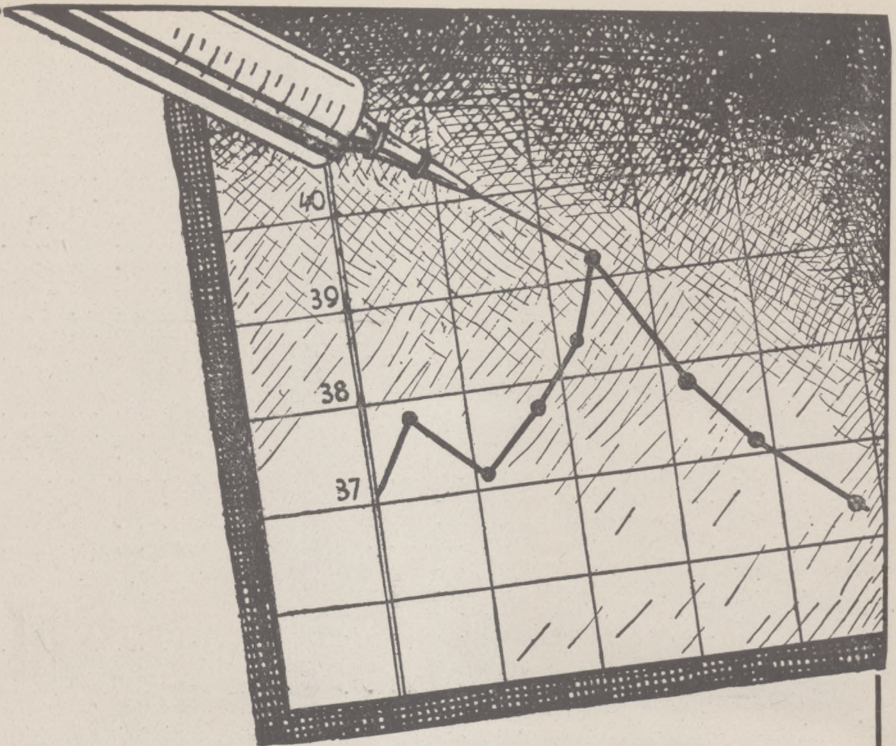
Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA“
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5 Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej“, Warszawa, ul. Długa Nr. 20.

SPIS RZECZY ZA 1933 ROK

(TREŚĆ PRAC)

(SPIS AUTORÓW)


40
39
38
37

Również i uporczywe przypadki reumatycznego zapalenia wielostawowego (Polyarthritis rheumatica) poprawiają się w sposób szybki i niezawodny pod wpływem

NOVALGINY

Stosowanie doustne i w postaci wstrzykiwań.



Szybkie ustępowanie objawów zapalnych.
Doraźne uśmierzenie bólów.
Pomyślny wpływ leczniczy również i w zastarzałych przypadkach.
Doskonała tolerancja nawet przy ciężkich wadach serca.
Dla stosowania pozajelitowego: 50%-owy roztwór w ampułkach po 1 i 2 cm^3.
Dla stosowania doustnego: tabletki po 0,5 g.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

roztwór 50%-owy.	*5 amp.*	*po 1 cm^3*	*zł.*	*5.15*
" "	*10* "	" *1* "	"	*7.60*
" "	*5* "	" *2* "	"	*7.60*
" "	*10* "	" *2* "	"	*13.55*

tabletki: rurki po 10 tabletek à 0,5 g zł. 4.—

BAYER

Dla znieczulania powierzchownego i znieczulania błon śluzowych

PANTOCAIN

Nowy, wysokowartościowy, czynny już w słabych stężeniach miejscowy środek znieczulający.

Pantocaina jest znacznie mniej trująca niż kokaina i nie posiada jej własności jadu odurzającego.

Pantocaina nie podlega ograniczeniom stosowania, obowiązującym w stosunku do jadów odurzających.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Pantocaina w proszku, słoiki po 10 g.

BAYER

»Bayer-Meister Lucius«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr 5.